Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege.
Braunschweig, F. Vieweg & Sohn.

http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943

HathiTrust

www.hathitrust.org

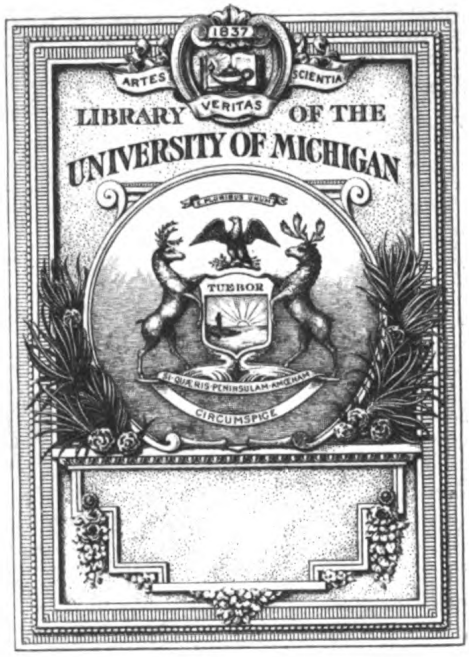
Public Domain in the United States, Google-digitized

http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

We have determined this work to be in the public domain in the United States of America. It may not be in the public domain in other countries. Copies are provided as a preservation service. Particularly outside of the United States, persons receiving copies should make appropriate efforts to determine the copyright status of the work in their country and use the work accordingly. It is possible that current copyright holders, heirs or the estate of the authors of individual portions of the work, such as illustrations or photographs, assert copyrights over these portions. Depending on the nature of subsequent use that is made, additional rights may need to be obtained independently of anything we can address. The digital images and OCR of this work were produced by Google, Inc. (indicated by a watermark on each page in the PageTurner). Google requests that the images and OCR not be re-hosted, redistributed or used commercially. The images are provided for educational, scholarly, non-commercial purposes.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

610.5
H49
V66

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Deutsche Vierteljahrsschrift für

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Sechster Jahrgang. 1921

(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alle Rechte vorbehalten

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SEP 8 1921

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 1
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des ersten Heftes.

Seite

Organisation der Jugendhilfe. 3. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920. Von Stadtrat Dr. Haarmann, Cassel 1

Ärztliche Jugendhilfe. 4. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920. Von Stadtarzt Dr. Keding in Cassel 8

Organisation der Jugendhilfe. 5. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920. Von Stadtbaurat Wolf in Hannover. (Mit 5 Abbildungen) 13

Die Krankenkassentage und die öffentliche Gesundheitspflege. Von Sanitätsrat Dr. C. v. Wild in Cassel 20

Chronik der Sozialen Hygiene. Von Dr. Alexander Elster, Berlin . . 21

Besprechungen:

M. Hirsch: Über das Frauenstudium. (Weinberg-Stuttgart) . . . 35

R. O. Neumann: Die im Kriege 1914 bis 1918 verwendeten und zur Verwendung empfohlenen Brote, Brotersatz- und Brotstreckmittel unter Zugrundelegung eigener experimenteller Untersuchungen. (Berndt-Jena) 36

Otto Stölzel: Wohnungsgesetzgebung für Preußen. Das Wohnungsgesetz mit den ergänzenden Bestimmungen und dem Wohnungsnotrecht. (Sauerteig) 36

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt 1918. (Merkel) 36

Grotjahn und Kriegel: Bibliographischer Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik. (A.) 36

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

med.
Hall.

Jahresübersicht.

a) Aufsätze.

Seite

Alkoholismus, Die Abnahme des, im Kriege. [Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule zu Dresden. Direktor: Prof. Dr. Philalethes Kuhn.] Von Dr. med. Martin Vogel, Assistent am Deutschen Hygienemuseum. (Erweiterte Fassung eines Vortrages, gehalten auf der Jahresversammlung des „Vereins abstinenter Ärzte" zu Dresden am 17. Juli 1920.) (Mit 2 Abbildungen.) 73

Alkoholverbots, Von den gesundheitlichen Wirkungen des amerikanischen. Von J. Flaig in Berlin-Wilmersdorf 320

Ansteckender Krankheiten, Die Übertragungsart, im Krankenhause, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Infektionskrankheiten. [Aus der Akademischen Kinderklinik in Düsseldorf.] Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Arthur Schlossmann in Düsseldorf. (Mit 1 Abbildung.) 109

Diphtherie, Die systematische Bekämpfung der, in den großen Gemeinwesen. [Aus dem Medizinalamt der Stadt Berlin. (Hygienisch-bakteriologische Abteilung.)] Von Dr. Fritz v. Gutfeld, Bakteriologe am Medizinalamt. 217

Ernährungszustand, Der, von Cölner Schulkindern. Der Wert des Rohrerschen Index für die Beurteilung des Ernährungs- und Entwickelungszustandes der Kinder. [Aus dem Gesundheitsfürsorgeamt der Stadt Cöln. Leiter: Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig.] Von Dr. Vonessen, Schularzt. 196

Frank, Johann Peter. Von Prof. Dr. Abel, Jena 139

Geschlechtskrankheiten, Gesetzentwürfe zur Bekämpfung von. Von Privatdozent Dr. Christian, Berlin 325

Geschlechtskrankheiten, Die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt in der Bekämpfung der. Von Dr. Leonhard Voigt in Nürnberg. (Vortrag, gehalten in der Nürnberger Medizinischen Gesellschaft und Poliklinik, am 26. Mai 1921.) 338

Gesundheitsfürsorge, Die, im Rahmen des Kreiswohlfahrtsamtes. Von Kreisarzt Dr. Rehberg (Tilsit) 307

Gewerblichen Berufsarten, Die Eignung der Frau zu. [Aus dem staatlichen Hygienischen Institut zu Hamburg. (Direktion: Prof. Dr. Dunbar.)] Von Privatdozent Dr. med. L. Schwarz 417

Hauspflegerinnen, Nachweisstellen für. Von Stadtrat H. v. Frankenberg in Braunschweig 104

Jugendhilfe, Organisation der. 3. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920. Von Stadtrat Dr. Haarmann, Cassel 1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Jugendhilfe, Ärztliche. 4. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920. Von Stadtarzt Dr. Keding in Cassel 8

Jugendhilfe, Organisation der. 5. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920. Von Stadtbaurat Wolf in Hannover. (Mit 5 Abbildungen.) 13, 37

Jugendnot, Deutsche. Körperliche Schäden und ihre Heilung. Von Prof. Dr. W. v. Drigalski. (Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg am 12. September 1921.) 361

Jugendnot, Deutsche. Die seelischen Schäden und ihre Heilung. Von Dr. W. Polligkeit in Frankfurt a. M. (Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg am 13. September 1921.) 397

Krankenkassentage, Die, und die öffentliche Gesundheitspflege. Von Sanitätsrat Dr. C. v. Wild in Cassel 20

Kriegsernährung, Der Einfluß der, auf die Körperbeschaffenheit der Schulkinder in Apolda und der Rohrersche Index. Von Medizinalrat Dr. Jaenicke, Bezirks- und Stadtarzt in Apolda 181

Öffentliche, Der, Arzt und die öffentliche Gesundheitspflege. Von Obermedizinalrat Dr. Moritz Henkel in Garmisch 253

Pansa, Martin, Sachsens ältester „Gewerbearzt". Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Thiele in Dresden 348

Quäkerspeisung, Die Geraer Schulkinder zu Beginn des Jahres 1921 und die. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Fritz Salomon, approbiertem Arzt 186

Rasse, Die Zukunft unserer. Bericht von Dr. Philalethes Kuhn, Direktor des Hygienischen Instituts der technischen Hochschule zu Dresden, erstattet auf der Tagung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg, September 1921 402

Rasse- und Krankheitsforschung der Juden, Statistische Unterlagen zur. Von Dr. W. Schweisheimer in München 60

Säuglings- oder Familienfürsorgerin? Zustände in 150 Familien mit in Fürsorge stehenden Säuglingen und Aufgaben der Fürsorgerinnen. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Heidelberg. Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. Hermann Kossel.] Von Dr. med. et phil. E. G. Dresel, Privatdozent für Hygiene 121

Säuglingssterblichkeit, Die, in Charlottenburg 1912 bis 1920, mit kritischen Bemerkungen zur Methode der Messung der Säuglingssterblichkeit. Von Dr. F. Winkler 145

Sozialen Hygiene, Chronik der. Von Dr. Alexander Elster, Berlin 21, 169, 210, 245, 284

Sozialhygienische Mitteilungen über das Wohnungswesen in der Stadt Fürth i. B. Von Obermedizinalrat Dr. Spaet 268

Spielstraßen oder der kürzeste Weg ins Freie. Von Dr. C. Hamburger, Augenarzt in Berlin 388

Sterblichkeit, Wird die, vor vollendeter Aufzucht durch Geschwisterzahl und soziale Lage der Eltern beeinflußt? [Aus der sozialhygienischen Abteilung (Leiter: Prof. Reiter) des hygienischen Instituts der Universität Rostock (Direktor: Prof. v. Wasielewski).] Von Hans Reiter und Paul Helm 48, 390

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Studentenwohnungen, Die, zu Kiel im Sommersemester 1920. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Kiel. Direktor: Prof. Dr. Kisskalt.] Von Otto Cornils, Medizinalpraktikant 237

Volksbelehrung, Einfachste, billigste und wirksamste Art der, in Säuglings-, Kinder- und Mutterpflege und -fürsorge. Von Kinderarzt Dr. E. Welde in Leipzig 289

Volksgesundheit und Filmgesetzgebung. Von Dr. W. Schweisheimer in München 101

Wohlfahrtsämter, Das Arbeitsgebiet der. Von Dr. Bruno Feilchenfeld, Berlin 294

b) Besprechungen.

Bach, F. W. (Bonn). Untersuchungen über die Lebensmittelrationierung im Kriege. (Kisskalt-Kiel) 360

Berenfeld. Die österreichische außerordentliche Volkszählung am 31. Januar 1920. (Weinberg-Stuttgart) 324

Berger, H. Die Säuglingssterblichkeit im Regierungsbezirk Gumbinnen. (Solbrig) 358

Blaschko, A. Hygiene der Geschlechtskrankheiten. (Abel) 252

Blencke, H. Zur Frage der Hungerosteopathien. (Solbrig-Breslau) . . . 68

Blume, Julius. Der Samariter. (Gerhard Wagner-Jena) 396

Brieger. Die Organisation des Kreiswohlfahrtsamtes mit besonderer Berücksichtigung des Kreisgesundheitsamtes. (Solbrig) 358

Desinfektion, Die. (Merkel) 395

Deycke, G. Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose. (Fürbringer) . . . 141

Diem, C. Sport. (Hüne-Jena) 72

Dietrich und Grober. Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens. (Spaet) 68

Dieudonné, R. und W. Weichardt. Immunität, Schutzimpfung und Serumtheraphie. (Frau Dr. Rodler-Zipkin) 72

Doering, C. Die Bevölkerungsbewegung der englischen Kolonien vor und in dem Weltkriege. (Weinberg-Stuttgart) 324

Dorno, C. Klimatologie im Dienste der Medizin. (Abel) 144

Engelsmann. Entwurf eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der bisher bestehenden gesetzlichen Bestimmungen. (Solbrig-Breslau) 394

Eyk. Organisation der Volksgesundheit. (Weinberg-Stuttgart) 324

Fischer, Edmund. Die Sozialisierung der Wasserwirtschaft in Sachsen. (Globig-Berlin) 427

Fischer, R. Hygiene der chemischen Großindustrie, Anorganische Betriebe. (Abel) 428

Flügge, C. Grundriß der Hygiene. (Abel) 288

Francke und Bachfeld. Die Meldepflicht der Berufskrankheiten. (Dr. Frey) 142

Frey. Das Gesundheitswesen im deutschen Verwaltungsgebiet von Polen in den Jahren 1914 bis 1918. (Abel) 69

Derselbe: Bilder aus dem Gesundheitswesen in Polen. (Abel) 69

Friedberger, E. Zur Entwickelung der Hygiene im Weltkriege. (Dresel-Heidelberg) 252

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite
Fürst. Die gesunde Wohnung und ihre sachgemäße Benutzung. (Abel) 144
Fürth, Henriette. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als bevölkerungspolitisches, soziales, ethisches und gesetzgeberisches Problem. (Reichert-Jena) 356
Gaupp, R. Das sexuelle Problem vom psychologischen Standpunkt. (Dresel-Heidelberg) 72
Geiger, Dr. jur. Th. Das uneheliche Kind und seine Mutter im Recht des neuen Staates. (Dresel-Heidelberg) 359
Genzmer, F. Bade- und Schwimmanstalten. (Abel) 396
Gottstein, A. und G. Tugendreich. Sozialärztliches Praktikum. (Abel) 252
Graßl, Med.-Rat Dr. Josef. Deutschlands Wiedergeburt. (Dr. Frey) . . 142
Grotjahn und Kriegel. Bibliographischer Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik. (Abel) 36, 428
Gutenberg. Grundzüge des theoretischen Unterrichts der freiwilligen Sanitätskolonnen. (Gerhard Wagner-Jena) 395
Hanauer. Die öffentliche Gesundheitspflege in Frankfurt a. M. Ihre Gegenwarts- und Zukunftsaufgaben. (Solbrig-Breslau) 67
Derselbe. Die sozialhygienischen Leistungen der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung im Kriege und ihre Zukunftsaufgaben. (Dresel-Heidelberg) 252
Handbuch des Medizinal- und Veterinärwesens im Freistaat Sachsen. (Merkel) 395
Hencky, K. Die Wärmeverluste durch ebene Wände unter besonderer Berücksichtigung des Bauwesens. (Korff-Petersen-Berlin) 392
Herrligkoffer. Geschlechtliche Aufklärung. (Abel) 396
Hirsch, M. Über das Frauenstudium. (Weinberg-Stuttgart) 35
Derselbe. Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. (Engelhorn-Jena) 107
Höfer-Heimhalt. Grundwasser und Quellen. (Abel) 180
Hoffmann, W. Die Infektionskrankheiten und ihre Verhütung. (V. Ludwig) 108
Jürgens, Prof. Dr. Georg. Infektionskrankheiten. (Abel) 216
Kaemmerer, H. Die Abwehrkräfte des Körpers. (Dr. Voigt-Jena) . . . 360
Kindermann, K. (Hohenheim-Stuttgart). Die soziale Schöpferkraft im Aufbau Deutschlands und des Völkerlebens. (Dresel-Heidelberg) . . 251
Kirstein, F. Leitfaden der Desinfektion für Desinfektoren und Krankenpflegepersonen in Frage und Antwort. (Merkel) 395
König, J. Die Nahrungsmittel, Genußmittel und Gebrauchsgegenstände, ihre Gewinnung, Beschaffenheit und Zusammensetzung. (Abel) . . . 396
Königsberger, F. Das diagnostische Institut der Zukunft. (Solbrig-Breslau) 393
Kuhn, Philalethes. Gedenke, daß du ein deutscher Ahnherr bist. (Wagner-Jena) 70
Liebermeister, G., Düren. Tuberkulose, ihre verschiedenen Erscheinungsformen und Stadien sowie ihre Bekämpfung. [Fürbringer (Römhild)] 288
Loewy, A. und George Meyer. Badehygiene und Rettung bei Ertrinkungsgefahr. (Abel) 428
Loewy-Hattendorf, E. Krieg, Revolution und Unfallneurosen. (Dresel-Heidelberg) 252

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Marcuse, M. Die sexuologische Bedeutung der Zeugungs- und Empfängnisverhütung in der Ehe. (Dresel-Heidelberg) 71

Mayer, M. Landwirtschaftliche Unfallkunde. (Kretschmar-Callenberg i. S.) 107

Mayerhofer und Pirquet. Lehrbuch der Volksernährung nach dem Pirquetschen System. (Kisskalt-Kiel) 216

Moeser, H. Alkoholismus, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. (Dresel-Heidelberg) 71

Neumann, R. O. Die im Kriege 1914 bis 1918 verwendeten und zur Verwendung empfohlenen Brote, Brotersatz- und Brotstreckmittel unter Zugrundelegung eigener experimenteller Untersuchungen. (Berndt-Jena) 36

v. Noorden und Salomon. Handbuch der Ernährungslehre. (Abel) . . 144

Opitz. Die Gesundheitsfürsorge des Landkreises Bonn. (Solbrig-Breslau) 394

Otto, P. Technischer Literaturkalender. (V. Ludwig) 108

Peiper, O. Geburtenhäufigkeit, Säuglings- und Kindersterblichkeit und Säuglingsernährung im früheren Deutsch-Ostafrika. (Hage-Jena) . . . 215

Derselbe. Der Bevölkerungsrückgang in den tropischen Kolonien Afrikas und der Südsee — seine Ursachen und seine Bekämpfung. (Hage-Jena) 215

Pirquet, C. System der Ernährung. (Kisskalt-Kiel) 359

Pöthe, R. Badetechnik der Gegenwart. (Voigt-Jena) 324

Pohle, Dr. L. Die Wohnungsfrage. Zwei Bändchen. I. Das Wohnungswesen in der modernen Stadt. II. Die städtische Wohnungs- und Bodenpolitik (Sauerteig) 143

Prinzing, F. Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik. (Weinberg-Stuttgart) 322

Pusch. Das Staatliche Medizinal-Untersuchungsamt in Danzig von seiner Gründung bis zum Ausscheiden aus dem Dienste des Preußischen Staates. (Solbrig) 359

Rehberg. Zur Neuregelung des städtischen Gesundheitswesens. (Solbrig) 358

Reiss, Emil. Mißstände im Arzneimittelwesen und Vorschläge zu ihrer Bekämpfung. (Sauerteig) 393

Riecke, E. Geschlechtsleben und Geschlechtsleiden. (Reichert-Jena) . 392

Roeder, R. Die Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit im Verbande der Gesundheitsversicherung. (Solbrig-Breslau) 67

Rott, F. Das Problem der Erfassung der fürsorgebedürftigen ehelichen Säuglinge. (Dresel-Heidelberg) 72

Schackwitz, A. Über psychologische Berufs-Eignungsprüfungen für Verkehrsberufe. (Wagner-Jena) 70

Schneider, P. Lebensglaube eines Arztes. (Dresel-Heidelberg) 394

Schwaab, Dipl.-Ing. Entwässerung und Reinigung der Gebäude. (Abel) 428

Spitta. Grundriß der Hygiene. (Abel) 216

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt 1918. (Merkel) 36, 360

Steinitzer, A. Körperliche Ertüchtigung durch Schule, Gemeinde und Staat eine nationale Lebensfrage. (Wagner-Jena) 70

Stölzel, O. Wohnungsgesetzgebung für Preußen. Das Wohnungsgesetz mit den ergänzenden Bestimmungen und dem Wohnungsnotrecht. (Sauerteig) 36

Stümpke, G. Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. (Dresel-Heidelberg) 72

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen, für Ärzte, Schwestern und für die Familie. (Merkel) 252

Thiele, A. Hygiene der Arbeit die Grundlage der Arbeitsrationalisierung. (Gerhard Wagner-Jena) 108

Trumpp. Säuglingspflege. (Abel) 396

Vogel, M. Merkbüchlein zur Mutter- und Säuglingspflege. (Abel) . . . 396

Westenhoefer. Die Aufgaben der Rassenhygiene im neuen Deutschland. (Weinberg-Stuttgart) 323

Wilhelmi. Die Bekämpfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schädlinge. (Solbrig) 359

Derselbe. Die Kriebelmückenplage. (Hobstetter) 144

Kleinere Mitteilungen 108, 288, 428

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

1921. Heft 1.

Organisation der Jugendhilfe.

3. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920.

Von Stadtrat Dr. Haarmann, Cassel.

Ein beglückender Beweis dafür, daß unser geschlagenes Volk doch nicht die Hoffnung aufgegeben hat, von dem wieder aufrichten zu können, was niederbrach, ist die Tatsache, daß es sich heute in einem Maße um seine Jugend sorgt, wie wohl nie zuvor. Ein hoffnungslos am Boden liegendes Volk wird nicht leicht den Glauben aufbringen, daß in seinem Nachwuchs noch einmal Kräfte lebendig werden könnten, die den Wiederaufstieg des Volkes unter Überwindung all der schweren äußeren und inneren Hemmnisse ermöglichten. Darum ist es kein Zufall, daß heute die Frage der Schulreform unsere besten Köpfe beschäftigt, kein Zufall, daß die Hygieniker mit Nachdruck auf die gesundheitliche Fürsorge für unsere Jugend hinweisen, und es ist auch kein Zufall, daß heute der Entwurf eines Reichs-Jugend-Wohlfahrtsgesetzes vorliegt, das die Jugendfreunde seit Jahrzehnten vergeblich ersehnt hatten.

Wir glauben eben an eine neue Entwickelung unseres Volkes, wir haben eben den festen Willen, den steinigen Weg vorwärts zu gehen, und wir wissen auch, daß nicht wir, sondern daß unsere Kinder und Kindeskinder es sind, die diesen Weg in seinem längsten Teile unter harten Entbehrungen und seelischen Qualen zu durchschreiten haben. Es ist überflüssig zu sagen, daß dazu nur eine körperlich und geistig gesunde Jugend imstande ist.

Das Reichs-Jugend-Wohlfahrtsgesetz rechnet mit der unbestreitbaren Tatsache, daß der wichtigste Erziehungsfaktor, die Familie, in vielen Fällen heute versagt, versagen muß, daß Tausende von Kindern heute nicht mehr das Maß von Erziehung, von körperlicher und geistiger Förderung genießen, das sie benötigen, um den Daseinskampf bestehen zu können, und auf das sie ein untilgbares Recht besitzen. Jugendhilfe leisten, heißt, durch vielfältige Maßnahmen, Einrichtungen und Vorschriften dem Kinde dieses Recht verbürgen und sichern. Tausende von Kindern leiden Not, und der Gesamtheit Pflicht ist es, diese Not zu beseitigen oder doch zu lindern, soweit die Familie dazu nicht in der Lage ist.

Ich habe heute nun nicht die Aufgabe, hier eins oder mehrere der hundertfältigen Probleme der Jugendhilfe zu behandeln, ich habe hier weder über Jugendpflege noch über Jugendfürsorge zu sprechen, ich habe lediglich die Frage zu beantworten: Auf welcher Grundlage wirke ich mit den mir zur Verfügung stehenden Kräften und Mitteln, wie kann ich sie ansetzen und leiten, um zu meinem Ziel zu kommen — welche Kraftzentren muß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ich schaffen und wie verbinde ich sie miteinander? Mit anderen Worten: ich habe das sehr trockene und sehr nüchterne und reizlose Thema zu behandeln: Wie organisiere ich die Jugendhilfe, oder richtiger: wie kann ich die Jugendhilfe organisatorisch aufbauen? Denn so viel Städte und Kreise, so viel Methoden in Einzelheiten und in der Gesamtanlage. Die Großstadt verlangt andere Organisationsformen als die Mittelstadt, diese andere als die Kleinstadt, der Stadtkreis andere als der Landkreis. Keine Stadt ist der anderen von gleicher Größe hinsichtlich der methodischen Bewältigung ihrer Jugendhilfe gleichzusetzen, kurz, die Vielgestaltigkeit der örtlichen Einheiten bedingt eine Vielgestaltigkeit der Organisationsformen, in denen der umfangreiche Inhalt der Jugendhilfe, angefangen von der Fürsorge für den werdenden Menschen im Mutterleibe bis zur Pflege des reiferen Jünglings und der Jungfrau, gefaßt und zur Wirkung gebracht werden kann. Organisation der Jugendhilfe! Lassen Sie mich unter diesem so viel mißbrauchten Begriff Organisation einmal verstehen: die zur Erreichung eines bestimmten Zweckes planmäßig, nach einheitlichen Gesichtspunkten herbeigeführte Zusammenfassung aller verfügbaren Kräfte und Mittel nach dem ökonomischen Prinzip, d. h. in der Weise, daß mit dem geringsten Maß von Kräften und Mitteln der größte Erfolg erzielt wird. Und der Träger der Organisation in unserem Falle soll das „Jugendamt" sein. Das Jugendamt soll die auf dem weiten Grunde der Jugendwohlfahrt verfügbaren Kräfte und Mittel planmäßig und einheitlich so zusammenfassen, daß der Zweck des Jugendamtes mit einem Mindestmaß dieser Kräfte und Mittel erreicht wird. Und nach diesem Zweck des Jugendamtes zu fragen, ist keineswegs überflüssig. Denn gerade auf unserem Gebiete haben wir jahrzehntelang darunter gelitten, daß Organisationen, daß Vereine geschaffen wurden, ohne daß man sich häufig über das Ziel klar geworden war. Das war der l'art pour l'art-Standpunkt auf das Organisatorische übertragen, wenn nicht Eitelkeit und Strebertum die Triebfeder waren.

Fragen wir nun nach dem Ziel des Jugendamtes, so ist zu sagen: Das Ziel des Jugendamtes ist die möglichste — unmittelbare oder mittelbare — Erfassung und Förderung jedes, irgend eines Schutzes oder einer Förderung bedürftigen Jugendlichen vom Werden im Mutterleib bis zur Volljährigkeit in seinem Bereich. Diese Pflege richtet sich auf die Wohlfahrt des Jugendlichen in wirtschaftlicher, gesundheitlicher und erzieherischer Hinsicht.

Es liegt, wie schon angeführt, im Wesen der Organisation, es ist aber heute mehr denn je notwendig, dieses Ziel mit dem geringsten Aufwand an Kräften und Mitteln zu erreichen. Darum will das Jugendamt die auf dem Gebiete der Jugendfürsorge und Jugendpflege auch heute noch bestehende Planlosigkeit und die damit verbundene Zersplitterung der Kräfte und Mittel nach Möglichkeit beseitigen und hierdurch die vorhandenen Kräfte, Einrichtungen und Mittel zu einheitlicher — gesteigerter — Wirkung zusammenfassen. Daneben wird es selbstverständlich bemüht sein, Lücken in der Arbeit auszufüllen.

So ist das Jugendamt der Mittelpunkt aller Wohlfahrtsbestrebungen seines Bereichs, und auf diese Stellung darf das Jugendamt nicht verzichten. Nicht will es alle Arbeit an der Jugend selbst leisten. Es ist froh über jeden, der hilft, sei es Arzt, Lehrer oder Verein, und läßt ihm alle Selb-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständigkeit; es fühlt sich nur verantwortlich dafür, daß für den Jugendlichen alles getan wird, was getan werden kann.

Um nun sein Ziel zu erreichen, wird das Jugendamt zunächst die Jugendfürsorgeeinrichtungen, die die Behörde, der nach dem Entwurf des Reichs-Jugend-Wohlfahrtsgesetzes die Schaffung eines Jugendamtes übertragen werden soll — also die Stadt oder der Kreis —, schon jetzt unterhält, bei sich vereinigen und nach neuzeitlichen Grundsätzen ausbauen.

Es ist dies:

1. Die ihr vom Gesetz auferlegte Jugendfürsorge.
   a) Gemeindewaisenrat, b) Armenkinderpflege, c) Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung.
2. Die freiwillig übernommene Jugendfürsorge, z. B.
   a) Berufsvormundschaft über uneheliche Kinder und Generalvormundschaft, b) Pflegestellenvermittelung und c) Ziehkinderaufsicht ..., das sind Stücke der Jugendfürsorge, die zum Teil durch das zukünftige Reichs-Jugend-Wohlfahrtsgesetz neu geregelt werden sollen.

Das Jugendamt wird die der Jugendhilfe dienenden freien Vereinigungen und Einrichtungen in seinem Bereiche grundsätzlich selbständig lassen, soweit sie gut arbeiten. Wir werden immer eingedenk sein müssen, was die freie Liebestätigkeit nicht nur in der Vergangenheit geleistet hat, sondern was ihr auch in der Zukunft zu leisten vorbehalten bleiben muß. Sie hat von jeher das größte Maß von Initiative entwickelt, und wenn sie auch hier und da dilettantisch arbeitet, so ist doch nicht zu verkennen, daß sie, wie auf allen Gebieten der Wohlfahrtspflege, so auch in der Jugendhilfe durch ihre unmittelbare Arbeit von Mensch zu Mensch Erfolge hat, wie sie eine Behörde nie haben kann. Außerdem gebietet ja auch die finanzielle Notlage der Städte, die Gebefreudigkeit der Bevölkerung wieder aufs neue zu wecken.

Mit diesen Vereinen und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege muß naturgemäß enge Fühlung hergestellt werden. Nützlich ist es selbstverständlich, wenn die Leitung des Jugendamtes in den Vorständen der größeren Vereine vertreten ist. Unerläßlich ist es, daß die privaten Vereine über die von ihnen betreuten Jugendlichen und die Art ihrer Fürsorge für sie berichten. Erhalten die Vereine Unterstützungen von der Stadt, so ist es nicht schwer, dafür zu sorgen, daß diese Maßnahme befolgt wird. Bei den finanziell selbständigen Vereinen ergeben sich häufig auf die Dauer Schwierigkeiten, die aber überwunden werden müssen. Alle Fälle werden in die Generalkartothek eingetragen. Ihre Karten ergeben in Stichworten ein Lebensbild des Jugendlichen. Ich unterscheide zwischen passiven und aktiven Karteien und verstehe unter einer passiven diejenige, die — wie das meist der Fall ist — die Personalien des Jugendlichen verzeichnet. Die aktive geht viel weiter; denn sie vermerkt auf der Rückseite jeder Karte: Wo steckt der Jugendliche augenblicklich und was treibt er, muß das Jugendamt eingreifen? Es ist klar, daß allein mit einer solchen aktiven Kartei der Zweck des Jugendamtes — die Pflege jedes, irgend eines Schutzes oder der Förderung bedürftigen Jugendlichen — erreicht werden kann. Sie erfordert aber schon in kleineren Verhältnissen die Anstellung einer besonderen Kraft, da sämtliche Akten bei ihr durchlaufen und sachverständig geprüft werden müssen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Arbeit des Jugendamtes wird nun erledigt:

1. von dem Hauptausschuß (Kommission),
2. den Fachausschüssen,
3. dem Bureau,
4. den hauptamtlich angestellten und den ehrenamtlich tätigen Helfern und Helferinnen.

Ein Hauptausschuß ist manchmal eine Gruppe von Menschen, die von der Sache, zu deren Beratung sie zusammengerufen werden, nichts verstehen. Man weiß ja, wie er gebildet wird. Die „in Betracht kommende" Behörde, der „in Betracht kommende" Verein, die „in Betracht kommende" Anstalt wird gebeten, einen Vertreter zu delegieren, der indessen nicht immer in Rücksicht auf seine besondere Eignung ausgesucht wird. Gewiß, wir haben durchaus den Arzt nötig, aber er muß die Jugend kennen; wir bedürfen des Pfarrers, aber er muß verstehen, daß die Jugend oft auf ihre besondere Art fromm ist; die Schulbehörde muß im Jugendamt vertreten sein, aber sie darf nicht einen Mann entsenden, der durch jahrelange, wenn auch noch so treue und erfolgreiche Bureauarbeit verknöchert ist; wir können den Richter nicht entbehren, aber er muß sich aus seiner eigenen Jugend erinnern können, daß einem Jugendlichen unter Umständen ein Apfel besser schmecken kann, wenn er direkt aus einem Baum geholt, als wenn er umständlich im Laden gekauft wird — kurz: ich wende mich gegen das Vertretersystem. Die Mitarbeit der Behörden ist unerläßlich, aber eine Vertretung ist nur dann erwünscht, wenn der Vertreter sachverständig ist oder zum mindesten ein warmes Interesse für die Jugendsache hat. Dafür möchte ich lieber vertreten sehen Frauen und Männer des Volkes, aus allen Schichten der Bevölkerung, die Kinder groß gezogen haben, ihre Eigenarten kennen und selber innerlich noch jung genug, d. h. aufgeschlossen genug für die tausendfältige Wirklichkeit sind, um überhaupt noch in ein lebendiges Verhältnis zu der Jugend kommen zu können. Dieses Verständnis für die Jugend muß für die Wahl in die Kommission allein maßgebend sein.

Und nicht zu groß darf die Kommission sein. Ich glaube, daß die Bemerkung eines geistreichen Franzosen, eine Tischgesellschaft müsse sich, um in geistiger Hinsicht ergiebig zu sein, zwischen den Parzen und den Musen bewegen, d. h. sie müsse mindestens drei und dürfe höchstens neun Personen betragen, auch auf arbeitsfähige Ausschüsse anzuwenden ist. Und wenn wir in unserem Falle auch Zugeständnisse machen wollen, weil wir naturgemäß recht viele sachverständige Frauen und Männer für unsere Sache gewinnen und ihre Erfahrung für uns nutzbar machen wollen, so sollte die Mitgliederzahl 15 doch nicht übersteigen.

In dem Hauptausschuß werden alle Fragen allgemeiner oder grundsätzlicher Natur sowie wichtige Einzelfragen besprochen. Namentlich auch werden alle Maßnahmen hier zur Erörterung kommen müssen, die finanzielle Folgen nach sich ziehen.

Das ganze umfangreiche Gebiet der Jugendhilfe aber kann die Kommission nicht selbst bearbeiten. Es muß deshalb nach bestimmten Gesichtspunkten aufgeteilt und die Teilgebiete müssen besonderen Fachausschüssen überwiesen werden. Die Fachausschüsse sollen alle Organisationen, welche auf bestimmten Teilgebieten der Jugendhilfe tätig sind, zusammenfassen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sollen Anregungen zur planmäßigen Durchführung der Arbeit auf den ihnen zugewiesenen Gebieten geben, sollen Lücken in der Arbeit aufzeigen, wichtige Einzelfälle zur Besprechung bringen und Gelegenheit zum Austausch der Erfahrungen bieten. Mitglieder sind neben Vertretern der Kommission besonders geeignete, auf dem betreffenden Teilgebiete der Jugendhilfe tätige sachverständige Frauen und Männer aus allen Bevölkerungsschichten. Auf diese Weise erhalten wir Ausschüsse, die nicht nur wirklich arbeitsfähig sind, sondern die auch eine Wirkungsstätte bilden für weite Kreise der Bevölkerung, so daß das Jugendamt sich schon hierdurch im Volke zu verankern vermag.

Den Vorsitz führt der Leiter des Jugendamts, um eine enge Verbindung der Fachausschüsse untereinander und mit der Kommission herzustellen; in Cassel mit der Ausnahme, daß den Vorsitz des Ausschusses für Säuglingsschutz der Stadtarzt führt, der seinerseits den Leiter des Jugendamtes über getroffene Maßnahmen unterrichtet.

Die Fachausschüsse können nach verschiedenen Gesichtspunkten gebildet werden, z. B. nach dem Alter des Jugendlichen, so daß man Fachausschüsse für Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und für die schulentlassene Jugend erhält. Wir in Cassel haben sie gebildet nach Maßgabe der Art des jugendlichen Schutz- und Förderungsbedürfnisses, und zwar:

1. Ausschuß für Säuglingsschutz. (Wöchnerinnenfürsorge, Mütterberatung usw., Säuglingsfürsorge, Fragen des Gemeindewaisenrates, Haltekinderaufsicht, Berufsvormundschaft usw.)

2. Ausschuß für Kinderbetreuung. (Krippen, Kindergärten, Kinderhorte, Tagesheime und Anstalten.)

3. Ausschuß für Jugendschutz. (Allgemeine Fürsorge für körperlich und sittlich gefährdete Kinder, Pflegschaften und Vormundschaften für Gefährdete, Aberkennung der elterlichen Gewalt, Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung, Schutz vor Ausnutzung und Mißhandlung, Unterbringung gefährdeter und verwahrloster Kinder auf dem Lande, Sorge für wandernde und nicht vollsinnige Jugendliche.)

4. Ausschuß für Erholung und Unterhaltung. (Spielplätze, Ferienspiele, Ferienwanderungen, Ferienkolonie, Luftbäder, Solbäder, Ferienpatenschaften, Märchenabende, Kinovorführungen, Puppentheater usw.)

5. Ausschuß für Jugendpflege (Pflege der schulentlassenen Jugend. In diesem Ausschuß haben auch Jugendliche selbst Sitz und Stimme). (Vorträge, Kurse und Besprechungen in Jugendvereinen und für die gesamte Jugend Cassels, Theatervorstellungen für Jugendliche, gute Kinovorführungen, Nutzbarmachung der Bibliotheken für die Jugend, edle Unterhaltung, Führungen durch Fabriken, Museen usw., kunstgeschichtliche, geologische und botanische heimatkundliche Wanderungen, Turnen, Sport usw.)

6. Ausschuß für Aufklärung und Belehrung. (Elternabende, Besprechungen mit Eltern über Erziehungsfragen, Vorträge einheimischer und auswärtiger Ärzte, Pädagogen und Psychologen, Herausgabe belehrender Merkblätter, Versorgung der Presse mit Aufsätzen usw.)

Ich komme zum Bureau. Es erledigt die praktische Arbeit. Sein Aufbau kann in sehr verschiedener Weise gestaltet werden. Es können mehrere Abteilungen gebildet werden, und es wird sich dabei empfehlen, den örtlichen Eigentümlichkeiten und Gepflogenheiten Rechnung zu tragen. Wir in Cassel haben die Abteilungen: Berufsvormundschaft, Gemeinde-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

waisenrat, Pflegekinderwesen, Jugendschutz und eine Hauptabteilung, die die Beschlüsse der Fachausschüsse und der Kommission auszuführen hat, die eine Auskunfts- und Vermittelungsstelle unterhält, bei der sich die Generalkartothek, die Registratur, die Statistik, die Bibliothek befinden, und die die Veröffentlichungen besorgt. — Man kann das Bureau auch anders einrichten: man kann den einzelnen Beamten die Erledigung aller Aufgaben unter Trennung der Namen der Jugendlichen nach dem Alphabet zuweisen, man kann sie auch bezirksweise tätig sein lassen, so daß jeder Beamte alle Fälle eines Bezirks mit Ausnahme etwa der Berufsvormundschaft bearbeitet. Man kann auch innerhalb der Abteilungen die Fälle nach den Anfangsbuchstaben verteilen, man kann auch zwei große umfassende Abteilungen „Jugendpflege" und „Jugendfürsorge" bilden, kurz, die Bearbeitung des weiten Gebietes der Jugendhilfe kann nach verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen, ohne daß man von der unbedingten Überlegenheit einer Methode sprechen könnte.

Eine der wichtigsten Funktionen des Jugendamtes haben die Helferinnen im Außendienst zu erfüllen. Sie sind — um es ganz kurz zu sagen — Auge und Ohr und Hand des Jugendamtes. Sie sehen und hören, wo ein Jugendlicher Not leidet, und sie helfen, die Not zu beseitigen oder zu lindern. Die Helferinnen versehen die gesamte Jugendfürsorge in einer Familie ihres Bezirks, d. h. sie sind für alle Fälle von Fürsorge zunächst zuständig, so daß der Besuch der Familie von drei oder vier Seiten, wie es bislang häufig der Fall war, vermieden wird. Sie sehen sich einer außerordentlichen Fülle von Aufgaben gegenüber, denn sie haben nicht nur die Familienfürsorge auszuüben, sie haben auch die Ermittelungen im Vorverfahren beim Jugendgericht, die Aufsicht über die unehelichen Kinder, die Armenpfleglinge und Pflegekinder, sie sind auch bei der Einleitung der Fürsorgeerziehung beteiligt. So werden an ihre Persönlichkeit, an ihren Charakter große Anforderungen gestellt. Da sie keineswegs bloße Recherchendamen des Jugendamtes sind, sondern große Selbständigkeit besitzen — sie stellen gewissermaßen kleine Jugendämter dar —, so müssen sie verläßlich sein, müssen Initiative zeigen, müssen das Volk kennen, auch mit einfachen Menschen reden können, sie müssen gewandt, klug und taktvoll sein. Sie müssen aber auch ein umfangreiches festes Wissen besitzen, und da eigentlich keine Vorbildung heute ganz genügt und genügen kann, müssen sie sich ständig weiter fortbilden. Das gilt aber für alle Beamte des Jugendamtes, denn viele Probleme der Jugendhilfe sind neu und unerforscht, und täglich taucht ein neues hervor. Deshalb muß das gesamte Jugendamt eine Arbeitsgemeinschaft darstellen, die die nötigen Erkenntnisse — nicht durch Vorträge, sondern durch richtige Lernstunden gemeinsam erarbeitet. Rechtswissenschaft, Pädagogik, soziale Hygiene und viele andere Gebiete sind es, auf denen die Beamten des Jugendamtes zu Hause sein müssen.

Man kann die Helferinnen sozusagen als Frontkämpfer betrachten, die ihre Spezialreserven: die Säuglingsschwestern, die Tuberkuloseschwestern, die Wohnungspflegerinnen, die Schulschwestern, die Armenpflegerinnen usw. im Hintergrunde haben und sie herbeiholen, wenn sie sie brauchen. Wir haben diesen Weg auch in Cassel beschritten, werden aber versuchen, dieses Helferinnensystem dadurch anders zu gestalten, daß wir kleine Bezirke bilden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und darin jede Helferin alles erledigen lassen, mit Ausnahme der Tuberkulosenfürsorge und Armenpflege. Es fragt sich: Können sie so vielseitig sein und zugleich noch tüchtige Arbeit leisten? Zunächst können sie es nicht, mit der Zeit werden sie es aber können, und dadurch, daß wir eine genügend große Anzahl von Säuglingsschwestern mit einstellen, werden wir dafür Sorge tragen, daß die Hygiene zu ihrem Recht kommt.

Eine noch so vollkommene Organisation ist wertlos, wenn sie nicht von Menschen getragen wird, die sie zu lebendiger Wirkung zu bringen vermögen. Wohl erfordert die Arbeit an der Jugend gründliche Kenntnisse: sichere Beherrschung des Rechts und der Grundsätze sozialer Fürsorge ist ihre unerläßliche Voraussetzung. Auch das Vorhandensein eines mit allen Hilfsmitteln der Neuzeit ausgestatteten Bureaus sollte man nicht gering anschlagen. Ein gutes Bureau macht den Geist zur Arbeit frei. — Aber wichtiger noch ist der im Jugendamt tätige Mensch selbst: sein soziales Verständnis, seine Fähigkeit, sich in Jugendliche und ihre Eltern einzufühlen, sein Empfinden dafür, daß jeder Fall jugendlichen Schutzbedürfnisses eine eingehende Prüfung aller Begleitumstände, die bei jedem Falle andere sind, erfordert — Eigenschaften, die gerichtet sein müssen von dem festen Willen, zu helfen und nicht eher zu ruhen, als bis alle Hilfsmöglichkeiten erschöpft sind. Vor allem eins: Das Jugendamt muß seinen behördlichen Charakter den Kindern und Eltern gegenüber abzustreifen vermögen, es muß der Freund des Volkes, es muß „aufgelockert" werden, die Bevölkerung muß zwanglos im Jugendamt aus- und eingehen können.

Von großer Bedeutung ist natürlich der Leiter, der für die Arbeit des Jugendamtes und den Geist, der sie beherrscht, verantwortlich ist. Man hat gesagt, nur der Nationalökonom sei der richtige Leiter, denn er überschaue die sozialen Zusammenhänge; von anderer Seite ist gesagt worden, dem Juristen gebühre die Leitung, denn die Fragen des Jugendamtes seien zum größten Teil Rechtsfragen. Andere wieder sehen in dem Pädagogen den geborenen Leiter, denn es komme darauf an, die Jugend zu erziehen. Wieder andere behaupten, der Leiter müsse ein Arzt sein, denn die Gesundheit des Jugendlichen sei die erste Bedingung auch für ein seelisches Gedeihen. Von manchen wird behauptet, nur die Frau könne ein Jugendamt leiten, dann wieder soll es nur der Mann können, weil die rein organisatorische Arbeit der seelischen Eigentümlichkeit der Frau nicht entspreche, die nur in der Arbeit von Mensch zu Mensch ihre besten Kräfte entfalten könne.

Jede von diesen Meinungen hat ihren Kern von Berechtigung: Worauf es aber ankommt, ist, daß der Leiter ein Mensch ist, der zwar über die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen muß, der aber vor allen Dingen die Fähigkeit hat, die Jugend in ihrer tiefsten Wesenheit zu verstehen.

Es wird heute oft gesagt, wir können kein Jugendamt einrichten, denn wir haben nicht die notwendigen Mittel. Das ist ein Irrtum. Gewiß, ein gewisses Maß von Mitteln ist erforderlich, aber schon eine zielbewußte Organisation der vorhandenen Jugendhilfe und ihre energische Belebung durch tüchtige Menschen verbürgen einen wesentlichen Fortschritt. Auch hier gilt das alte Wort:

„Nicht Maßnahmen, sondern Menschen."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ärztliche Jugendhilfe.

4. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920.

Von Stadtarzt Dr. Keding in Cassel.

Wie es mit der Gesundheit unseres Volkes, insbesondere unserer Jugend, zurzeit steht, darüber brauche ich in diesem Kreise von Frauen und Männern, die die heiße Sorge und die Not des Vaterlandes im Herzen tragen, nicht viele Worte zu machen. Niemals waren der sozialen Fürsorge in Deutschland größere Aufgaben gestellt, und niemals waren wir ärmer, zu materieller Hilfe weniger fähig als heute. Um zwölf Millionen Menschen durch Krieg, Blockade und Schmachfrieden verringert, stehen wir innerlich zerrissen da, und niemand weiß, ob nicht eine Krisis allerschwerster Art noch vor uns liegt. Unsere einstmals reichsten Städte müssen die Zahl ihrer Krankenhausbetten vermindern, weil sie die Betriebskosten nicht mehr tragen können. Unsere Kurorte werden bald nur noch dem Reichtum zur Verfügung stehen. Auf lange Zeit wird unsere Ernährung mangelhaft sein, während gleichzeitig angestrengteste Arbeit von jedem einzelnen verlangt werden muß, soll unser völliger wirtschaftlicher Zusammenbruch vermieden werden.

In einer Eingabe an den Minister des Innern vom April d. Js. sagt der Städtetag: „Es scheint, daß kein Mittel übrig bleibt, als auf dem Gebiete des Kultur- und Bildungswesens, wie des Gesundheitswesens rücksichtslos die Ausgaben einzuschränken".

Für eines der schwersten Probleme unserer Zeit, die Wohnungsfrage, die mit der körperlichen und moralischen Wiederaufrichtung unserer Jugend eng verbunden ist, sehen wir auch in der Ferne noch keine Lösung.

Von beachtenswerter Seite ist vor zwei Tagen in diesem Hause das Wort gesprochen worden, daß wir unsere Fürsorge rationieren müßten und sie niemand mehr zuteil werden lassen dürften, der nicht durch sie zu einem voll arbeitsfähigen Menschen gemacht werden könnte.

Die Krankenkassen sind außerstande, die von allen Sozialpolitikern gerade jetzt so dringend geforderte Familienversicherung einzuführen, weil ihnen die Mittel dazu fehlen.

Trotz alledem haben wir die heilige Pflicht gegen unsere Jugend, mit Optimismus und Willenskraft ans Werk zu gehen, und müssen vom Staate und von den Körperschaften der Gemeinden fordern, daß bei aller Knappheit der zur Verfügung stehenden Gelder an den zum Wiederaufbau der Volksgesundheit nötigen Mitteln nicht gespart werden darf, wenn wir den Glauben an unsere Zukunft nicht für immer begraben wollen. Scharf sind wir allerdings verpflichtet, unter die Lupe zu nehmen, was von unseren Fürsorgemaßnahmen unentbehrlich ist, erhalten und erweitert werden muß, was anderseits als entbehrlich fortfallen kann. Es muß versucht werden, mit einfachen Maßnahmen das Beste zu leisten. —

Die offene Schwangerenfürsorge bedarf noch vielerorts des Ausbaues. Das Gesetz über die Wochenhilfe und Wochenfürsorge bringt einen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

guten Fortschritt gegenüber der Reichswochenhilfe der Kriegszeit. Alle minderbemittelten Wöchnerinnen sind einbezogen, ein Beitrag zu den Kosten der Entbindung ist vorgesehen. Anderseits darf nicht vergessen werden, daß die Mindesttaxe der Hebamme in den größeren Städten heute schon 80 bis 100 M. beträgt und wohl bald weiter steigen wird.

Gerade die niederkommende Frau trifft die Wohnungsnot mit am schwersten. Die Entbindungsanstalten sind überfüllt und müssen die Frauen oft viel zu früh entlassen. Ausbau der bestehenden Anstalten, Gründung von Mütterheimen und Müttersiedelungen sind dringendes Erfordernis, bei den bedeutenden Kosten aber nicht leicht zu verwirklichen. Bereitstellung von Betten für Kreißende in den Krankenhäusern muß als Behelfsmaßnahme gefordert werden. Fälle, wie sie gerade in der letzten Zeit mehr als einmal berichtet wurden, daß Hochschwangere von einer Anstalt zur anderen wandern, ohne Aufnahme zu finden und schließlich auf der Straße niederkommen, dürfen sich nicht ereignen. — Nur wenig Städte werden in der glücklichen Lage Cassels sein, durch die hochherzige Stiftung einer um die soziale Fürsorge schon lange reichverdienten Familie in diesen schweren Zeitläuften an die Neueinrichtung einer Entbindungsanstalt herangehen zu können. —

Eine Reform des Hebammenwesens wird, wie wir hören, im Wohlfahrtsministerium zurzeit bearbeitet. Wir sehen in der Hebamme eine wichtige Mitarbeiterin auf dem Gebiete des Mutterschutzes und der Säuglingsfürsorge, vorausgesetzt, daß ihr eine gute Ausbildung mit auf den Weg gegeben und dauernd erhalten bleibt.

Immer noch kommen in Deutschland jährlich annähernd 60 000 Kinder tot auf die Welt.

Die Säuglingsheime für uneheliche und schwächliche Säuglinge in dürftigen häuslichen Verhältnissen sind der Vermehrung dringend bedürftig. Doch wird hier die Geldfrage die Erfüllung unserer Wünsche wohl oft verhindern.

Zur Tat dagegen muß werden der rasche Ausbau der offenen Säuglingspflege, durch die wir letzten Endes allein imstande sind, die gesamte Zahl der Fürsorgebedürftigen unter sachverständige Aufsicht zu bringen. Sterben doch immer noch jährlich 360 000 Säuglinge in Deutschland. Die glänzenden Ergebnisse in einzelnen Großstädten dürfen uns nicht vergessen lassen, daß im Reiche zurzeit erst 15 Proz. der Kinder im ersten Lebensjahre fürsorgerisch erfaßt werden. In den Großstädten sind es (außer den aus wohlhabenden Kreisen stammenden) gerade die nicht in die Fürsorge gebrachten Säuglinge, die der ärztlichen Überwachung am dringendsten bedürfen. Gleichgültigkeit und Unkultur der Mutter sind die Ursachen des Fernbleibens.

Hier ist für die Tätigkeit der Fürsorgerin ein weites Feld. Straffes Zusammenarbeiten mit den Standesämtern ist notwendig. Schleuniges Aufsuchen der entbundenen Mutter ist erforderlich, und nur vollkommen geordnete häusliche Verhältnisse, Zuverlässigkeit und Sachkenntnis der Hebamme dürfen die Aufnahme regelmäßiger Hausbesuche überflüssig machen bzw. hinausschieben.

Die Häuslichkeit muß also der Angriffspunkt der Fürsorgerinnentätigkeit sein, und es darf nicht gewartet werden, bis die Mutter die Beratungsstelle aufsucht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daß das uneheliche Kind dem Herzen der Fürsorgeschwester besonders nahe stehen muß, ist selbstverständlich. Die furchtbare Sterblichkeitsziffer der unehelichen Säuglinge ist eine schwere Anklage gegen die Gesellschaft.

Die regelmäßige Vorführung der Haltekinder in den Beratungsstellen ist weiterhin eindringlich zu fordern.

Der Entwurf des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes unterstellt diese Kinder, ebenso wie die unehelichen, der Aufsicht des Jugendamtes. Das vereinfacht ihre Überwachung.

Die in den Beratungsstellen vielfach übliche Sonderzuteilung von Milch und Lebensmitteln an die Mütter wird wohl zu den Maßnahmen gehören, die wir uns in Zukunft nicht mehr leisten können.

Ihr Wert für die Heranziehung gleichgültiger Frauen soll nicht unterschätzt werden. Verdoppelter Eifer seitens der Organe der Fürsorge und unermüdliche Aufklärungsarbeit müssen das Materielle zu ersetzen suchen.

Allgemeine Einführung der älteren Schülerinnen in die Grundfragen der Kinderpflege ist weiterhin notwendig. Ich darf erwähnen, daß Cassel die erste Stadt Deutschlands war, in der dieser Unterricht obligatorisch für die Oberklassen der Volksschulen gemacht worden ist.

Daß im übrigen der Säugling Krieg und Blockade verhältnismäßig am besten von allen Altersgruppen überstanden hat, ist ja bekannt. Die Gewährung der Stillprämien hat hieran großes Verdienst.

Vorträge, Mütterabende, Wanderausstellungen, Merkblätter — alles dies muß weiterhin zum Rüstzeug unseres Kampfes gegen die Säuglingssterblichkeit gehören.

Nun zum Kleinkind. Viel Versäumnis ist hier nachzuholen. Viereinhalbmal soviel Kleinkinder haben wir als Säuglinge, und mit Ausnahme von wenigen Großstädten, die auf sozialhygienischem Gebiet führend sind, ist nirgends etwas Durchgreifendes für diese große Kindergruppe geschehen. Alle Säuglingsfürsorge kann keinen Dauererfolg bringen, wenn im Kleinkindalter das Erreichte nicht gefestigt und ausgebaut wird. Gerade auf die Kleinkinder haben die letzten Kriegsjahre und die Zeit nach dem Kriege verheerend gewirkt. Tuberkulose und Rachitis fanden in der Unterernährung günstigsten Boden, sich in diesen auch schwer unter dem Wohnungselend leidenden kleinen Körpern festzusetzen. Was wir in Cassel an Rachitis, Skrofulose und Unterernährung gelegentlich der Auswahl für die Quäkerspeisung gerade bei den Kleinkindern gefunden haben, ist schlimmer, als in den Schulen mit dem schlechtesten Schülermaterial.

Krippen, Kindergärten und Kleinkinderschulen sind ja während der Kriegsjahre in reichlicher Zahl neu gegründet worden. Wenn diese halbgeschlossene Fürsorge auch sehr willkommen ist, so dürfen wir nicht vergessen, daß sie immer nur ein Surrogat für den Aufenthalt und die Erziehung in der Familie bleiben wird, und daß sie ferner doch nur einen bescheidenen Teil aller überwachungsbedürftiger Kleinkinder umfaßt.

Vom ärztlichen Standpunkte bedürfen diese halbgeschlossenen Anstalten dauernd der Beaufsichtigung. Es ist nicht unbegründet, daß das Krippenwesen gerade von Ärzten lange Zeit sehr mißtrauisch angesehen und teilweise bekämpft wurde. Noch in den 80er Jahren herrschte eine große Sterblichkeit in den Krippen. Auch heute noch kann die Anhäufung vieler Kleinkinder bei den für alle Infektionen äußerst empfänglichen Insassen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieser Anstalten leicht zur Verbreitung von Epidemien Anlaß geben. Zusammen mit der Wohnungsnot und der Zusammenlegung der Schulen haben die Krippen und Kindergärten ohne Frage den Grippe- und Ruhrepidemien der letzten Jahre mit zu ihrer großen Ausbreitung verholfen. Wir fordern daher für die Krippen tägliche ärztliche Visite, für Kindergärten und Kleinkinderschulen eine Überwachung analog der schulärztlichen.

In dem erwähnten Entwurf des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes werden die Kinder der halbgeschlossenen Fürsorge den ganz in Pflege Gegebenen gleichgestellt und der Aufsicht des Jugendamtes zugewiesen; vom sozialhygienischen Standpunkte eine sehr zu begrüßende Maßregel.

Am wichtigsten aber erscheint auch hier der Ausbau der offenen Fürsorge, der organisatorisch durch Anschluß an die Mütterberatungsstellen ohne Schwierigkeiten zu erreichen ist.

Im Kleinkindalter beginnen muß vor allem der Kampf gegen die Tuberkulose, die wir viel mehr, als bisher üblich war, als eine Kinderkrankheit aufzufassen haben. Gegenseitige Meldepflicht der einzelnen Fürsorgestellen, Vereinigung aller Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in einer Hand sind hier die Forderungen des Tages.

Ein sehr zweckmäßiges Hilfsmittel zur Verwirklichung dieser Forderungen sehen wir in der Einführung von Bezirks- oder Familienfürsorgerinnen, die die ganze Fürsorge eines kleinen Bezirkes in ihrer Hand haben und gleichzeitig am schulschwesterlichen Dienst beteiligt werden. Nur besonders tüchtige Kräfte mit guter Ausbildung kommen für solche Stellen in Betracht. Die moderne Säuglingspflege müssen sie ebenso beherrschen, wie das weitverzweigte Arbeitsgebiet der Jugendpflegerin. Ihre Teilnahme an den Sprechstunden der Schulärzte ist erforderlich und verlangt besonders bei nebenamtlichen Schulärzten gute Organisation. Sind aber diese Voraussetzungen gegeben, so bietet dieses System unseres Erachtens die beste Garantie für hochwertige Leistungen und verhütet am sichersten die Zersplitterung von Zeit und Arbeitskraft in der Fürsorge.

Weitergehende Forderungen durchzusetzen, z. B. die sofortige Trennung des neugeborenen Kindes von der tuberkulösen Mutter, scheint uns die Zeit nicht gekommen. Wir unterschreiben das Wort, daß der Kampf gegen die Tuberkulose nicht zu einem Kampf gegen den tuberkulösen Menschen werden darf.

Nicht zu vergessen ist die Zahnpflege im Kleinkindalter. Angliederung an die Schulzahnkliniken wird hier die einfachste Lösung sein.

Mit der Tuberkulose gibt weiterhin die Rachitis den Anlaß zu schwerer Schädigung und zur Verkrüppelung des kindlichen Körpers. Eine großzügige Abwehr hiergegen bedeutet das am 1. Oktober wirksam werdende Gesetz über die Krüppelfürsorge, das die Meldepflicht für jeden Krüppel bis zu 18 Jahren festlegt. In Beratungsstellen, Ambulatorien und Krüppelheimen soll moderne Orthopädenkunst im Dienste von Gemeinde- und Provinzialverwaltung sich dieser Ärmsten annehmen, und sie hofft nach dem Worte Biesalskys „viele von ihnen aus dem Winkel der Vergessenheit und Verbitterung herauszuholen und gleichberechtigt neben ihre lachenden und arbeitenden Vollmenschen stellen zu können".

Auch die Psychopathen dürfen in der Fürsorge nicht vergessen werden. Es ist dem Fachmann bekannt, wie viele der gefährdeten Kinder Psycho-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pathen sind, wie oft mißhandelten Kindern schweres Unrecht geschieht, weil ihre psychopathische Konstitution nicht erkannt wird. Durch Mitberatung der Erzieher und Einleitung einer Heilbehandlung kann der Arzt auch hier viel Gutes schaffen. — Es folgt die lange Periode des ältesten Zweiges der Kinderfürsorge, der gesundheitlichen Überwachung der Schuljugend. Wir haben in den letzten Tagen die Verhandlungen des Vereins für Schulgesundheitspflege hier gehört und wissen, daß unsere Schulkinder in guter Obhut sind. Arzt und Lehrer wachen über sie und arbeiten, in neuester Zeit gemeinsam mit den Jugendämtern, an dem Ausbau einer weitverzweigten Erholungsfürsorge, von der ich nur die Ferienkolonien und Ferienpatenschaften, die Ferienwanderungen, die Bereitstellung von Spielplätzen und Luftbädern erwähnen will.

Auch die schulentlassene Jugend bedarf der fürsorgerischen Aufsicht in hohem Maße. Sie lebt in einer Zeit raschen Wachstums, tiefgreifender Umbildung des Körpers und der Seele. Im höheren Grade als das Schulkind zeigen die Jugendlichen Neigung, an Tuberkulose zu erkranken. Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten ist in diesem Alter dringend erforderlich. Ärztliche Überwachung der Fortbildungsschüler — ebenso wie der älteren Schüler der höheren Schulen — ist dringend nötig. Sport und Spiel sollen in diesen Jahren nachhaltig betrieben werden, damit uns ein körperlich tüchtiges und seelisch gesundes Geschlecht heranwächst. Nicht auf die Rekordleistung einzelner darf der Wert gelegt werden, sondern auf die gleichmäßig gute Durchbildung aller. Nur die Kontrolle des Arztes kann verhindern, daß übergroßer Eifer in manchen Fällen zu dauernder Gesundheitsschädigung führt. Eine Anregung des Casseler Orthopäden Dr. Moehring, die uns recht nachahmenswert erscheint, sei erwähnt: Eine große Anzahl hiesiger Ärzte hat sich bereit erklärt, bei den verschiedenen Sportvereinen „ärztliche Patenschaften“ zu übernehmen, den Mitgliedern dieser Vereine Vorträge über die physiologische und hygienische Bedeutung der von ihnen betriebenen Übungen zu halten und besonders den Jugendlichen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. —

So soll die gesamte Jugend bis zur Volljährigkeit durch den Arzt überwacht werden. Ein Gesundheitsschein, dessen Eintragungen im ersten Lebensjahre beginnen, soll den Entwickelungsgang unseres Nachwuchses zukünftig begleiten.

Wer die Bedeutung dieser ärztlichen Aufsicht anerkennt, der wird verstehen, daß wir Ärzte an dem Entwurf des Jugendwohlfahrtsgesetzes mehreres anders gewünscht hätten. Die Säuglingspflege vor allem ist so vorwiegend ärztlicher Natur, daß sie nicht den Jugendämtern, sondern den Gesundheitsämtern angegliedert werden müßte. Auch beim Kleinkinde spielt die gesundheitliche Überwachung mindestens die gleiche Rolle wie die erzieherische. Die Tuberkulosebekämpfung fällt nach dem Entwurf bis zum 21. Lebensjahre dem Jugendamt, hernach dem Gesundheitsamt zu.

Wir meinen, der geschlossene Aufbau des Jugendamtes wird nicht zerstört, wenn alle gesundheitlichen Fragen der Jugendfürsorge vom Gesundheitsamt selbständig erledigt bzw. den städtischen Körperschaften vorgetragen werden.

Wir glauben, daß für unsere Jugend, unseren wertvollsten Besitz, am besten gesorgt sein wird, wenn die Entscheidung der Volksvertretung in unserem Sinne fällt. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Wort noch über die private Wohlfahrtspflege im neuen Staate. Die Bäche, die sie früher gespeist haben, sind fast ausgetrocknet. Die alten Geldgeber, im wesentlichen der frühere Mittelstand, sind verarmt. Der neue Reichtum zeigt bisher wenig Neigung, sich an Ausgaben für die Volkswohlfahrt zu beteiligen. Der moderne Arbeiter ist noch von der Auffassung durchdrungen: Überall Rechtsanspruch, nirgends Wohltat. Unseres Erachtens muß es der Weg der Zukunft sein: Die Gemeinde mit ihrer größeren Tragfähigkeit gibt den Rahmen für die gesamte Fürsorge, bildet die Zentrale, in der alle Fäden zusammenlaufen, von der Weisungen in alle Teile des vielverschlungenen Fürsorgebetriebes hinausgehen. Ein Frevel aber wäre es, würde irgend eine Hand abgewiesen, die sich uns zu geistiger oder materieller Mitarbeit entgegenstreckt. In dem bettelarmen Deutschland muß jede Mitarbeit an dem großen Werk des Wiederaufbaues unserer Volksgesundheit hochwillkommen sein, und wir begrüßen die freiwillige Liebestätigkeit in jeder Form, an der Zentrale wie an der Peripherie.

Organisation der Jugendhilfe.

5. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920.

Von Stadtbaurat Wolf in Hannover.

(Mit 5 Abbildungen.)

Nachdem das Thema Jugendhilfe vom Standpunkte der Organisation und der Hygiene eingehend behandelt worden ist, bleibt mir als Architekt noch übrig, mich darüber auszulassen, wie für alle diese Bestrebungen die technische Form gefunden werden muß. Praktisch, gesund und schön — dieser harmonische Dreiklang muß alle Bauwerke beseelen, wenn sie ein starker Ausdruck der Forderungen einer Zeit sein sollen. „Der Architekt kennt nur einen Herrn, nämlich das Bedürfnis", sagt Gottfried Semper. Dieses Bedürfnis aber muß für das Schaffen des Architekten die Leitlinie bilden.

Im Rahmen eines kurzen Referats muß ich es mir versagen, auf alle einzelnen Arten von Anlagen näher einzugehen, die für das weite Gebiet der Kleinkinderpflege und Jugendhilfe, von der Säuglingspflege an bis hinauf zu den Sportplätzen der erwachsenen Jugend erforderlich werden. Ich will Sie auch nicht damit langweilen, daß ich die historische Entwickelung dieser Bautypen vor Ihnen entrolle. Eine typische Form für alle diese Anlagen haben wir heute noch nicht gefunden, wie sie in früheren Epochen für das Bauprogramm einer, aus dem innersten Lebensbedürfnis des Volkes heraus geborenen Bauanlage sich stets entwickelt hat. Was wir bis heute auf dem Gebiete der Jugendhilfe an Anlagen besitzen, sind Bruchstücke, die wir noch nicht als eine endgültige charakteristische Form betrachten können.

Ich werde mich darauf beschränken,

1. eine kurze Übersicht über die gesamten Anlagen auf dem Gebiete der Kleinkinderpflege und Jugendhilfe zu geben, dabei aber allgemein Bekanntes vernachlässigen und vielmehr die Punkte hervorheben, die als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neuere Bestrebungen sich aus dem Bedürfnis unserer Zeit heraus zu entwickeln beginnen, und

2. im besonderen der Spielplatzfrage meine Aufmerksamkeit schenken und dabei auch — im Einvernehmen mit den anderen beiden Herren Referenten — soweit es notwendig ist, über das rein technische Gebiet hinausgehen und zu dem vorliegenden Entwurf für ein Spielplatzgesetz Stellung nehmen.

Die Anlagen für die Kleinkinderpflege und die Jugendhilfe kann man entsprechend den Lebensabschnitten folgendermaßen gruppieren:

Entbindungsanstalten und Wöchnerinnenheime, Stillstuben, Säuglingsheime und Krippen, Kinderkrankenhäuser, Kinderbewahranstalten, Kindergärten, Kinderhorte und Kleinkinderschulen, Waisenhäuser und Heime für erholungsbedürftige Kinder und endlich Jugendheime und Stätten für Leibesübungen.

Die Entbindungsanstalten haben den Zweck:

1. Den hilfsbedürftigen Wöchnerinnen vor, während und nach der Geburt Unterkunft zu gewähren,

2. die Heilung der den Frauen eigentümlichen Krankheiten zu ermöglichen. Sind sie gleichzeitig Hebammenlehranstalten, dann dienen sie

3. dem Unterrichte der Hebammen und Wochenpflegerinnen.

Demnach sind folgende Räume erforderlich:

Wohnräume und Schlafräume für Schwangere; ein oder mehrere Entbindungszimmer; Räume zur Unterbringung der Wöchnerinnen und der Neugeborenen; eine Abteilung für septische Fälle; Zimmer für erkrankte Wöchnerinnen, ein oder zwei Operationssäle, Sterilisationsraum, Narkosezimmer; Wohnräume und Schlafräume für die Hebammenschülerinnen und Wochenpflegeschülerinnen; ein Lehrsaal; ein Aufnahme- und Untersuchungszimmer; Wohnungen für den Direktor, die Ärzte, den Hausverwalter, Pförtner, die Oberhebamme, mehrere Hebammen, die Haushälterin, Wäscheaufseherin, mehrere Wärterinnen; Wasch- und Baderäume für Schwangere, für Schülerinnen und Kinder; Tagesräume, Spülküchen, Aborte, Kleiderkammern, Räume für Geräte und Wäsche; Waschküche und Kochküche mit Nebenräumen; Sezierzimmer, Leichenkammer, Desinfektion, bei größeren Anstalten eine Kapelle; Laboratorien, Sammlungszimmer, Konferenzzimmer, Bureaus und bei einzelnen Anstalten eine Poliklinik, Tauf- und Betsaal.

Der Umfang der Anstalt richtet sich nach der Zahl der jährlichen Geburten. Unter der Annahme, daß ein Wochenbett durchschnittlich etwas über 14 Tage dauert, und daß aus Gründen der Reinigung usw. niemals gleichzeitig alle Betten belegt sein dürfen, kann man annehmen, daß jedes Bett im Jahre für 20 Geburten dient. Eine Anstalt für 1000 Geburten verlangt demnach 50 Betten für Wöchnerinnen. Nimmt man einen entsprechenden Zuschlag für den Aufenthalt der Frauen vor der Geburt, so kommt man ungefähr bei 1000 Geburten auf rund 60 Betten.

Die Wöchnerinnenheime schließen sich naturgemäß an die Entbindungsanstalten an. Sie sind eine besondere Art von Entbindungsanstalten, in welchen den Frauen jeden Standes, vor allem den minderbemittelten, Gelegenheit geboten wird, Entbindung und Wochenbett unter sachverständiger Leitung abzuwarten. In einzelnen Fällen werden Wöchnerinnen auch erst nach der Entbindung nach dem Wöchnerinnenheim gebracht. In unserem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

städtischen Wöchnerinnenheim in Hannover können einzelne Wöchnerinnen bis zu acht Wochen nach der Entbindung bleiben. Hierbei handelt es sich meistens um kleinere Anstalten, für welche im wesentlichen dieselben Forderungen gelten, wie für die Entbindungsanstalten.

Die Erkenntnis, daß die große Sterblichkeit der Kinder in den ersten Lebensjahren wesentlich auf mangelhafte Fürsorge und Ernährung zurückzuführen ist, hat zur Schaffung besonderer Säuglingsheime geführt. Säuglingsheime nennt man im allgemeinen solche Anstalten, in welchen die Säuglinge bis zum zweiten Lebensjahre Tag und Nacht verpflegt werden. Anstalten, in welchen die Säuglinge in der Regel nur während des Tages verpflegt werden, nennt man Krippen. Diese letzteren Anstalten überwiegen im allgemeinen. In die Krippen bringen die Mütter an jedem Wochentage ihre Kinder zu früher Morgenstunde, um sie abends wieder abzuholen. Die Kinder werden in der Anstalt beköstigt, gewaschen und gebadet, mitunter auch bekleidet. Derartige Anstalten bedürfen zur Erfüllung ihres Zwecks nur geringer baulicher Maßnahmen. Im primitivsten Falle genügt ein Aufenthaltsraum mit einer Küche, einigen Bädern und etwa noch ein Raum für eine Wärterin. Mit Rücksicht darauf, daß die Anstalt früh geöffnet und spät geschlossen wird, empfiehlt es sich, mit der Anlage Schlafräume für das Bedienungspersonal zu verbinden. Bei größerer Ausdehnung einer Bauanlage werden die vorgenannten Räumlichkeiten entsprechend vermehrt und erweitert, ihre Anordnung und Ausstattung bleibt jedoch im wesentlichen stets dieselbe.

In der Regel werden für eine größere Krippe folgende Räume zu beanspruchen sein: ein Aufnahmezimmer, das besonders von den Ärzten gewünscht wird; ein Aufenthaltsraum für die kleinsten Kinder, welche während des Tages in kleinen Wagen oder Betten liegen; ein Aufenthaltsraum für die Kinder zwischen ein und drei Jahren, welche den Tag in Spiel und Ruhe verbringen und in einem besonders dazu eingerichteten Laufgang — Gehschule — gehen lernen; ein Badezimmer; eine Kleiderablage, in welcher die Kleider der Kinder den Tag über aufbewahrt bleiben; häufig werden die Kinder, welche der Anstalt sauber gewaschen übergeben werden müssen, bei der Aufnahme mit Bekleidungsstücken versehen, die der Anstalt gehören; ein Raum für Wäsche und Kleider; ein Zimmer für die Verwaltung und ein Speisezimmer; ein Absonderungszimmer für krankheitsverdächtige Kinder; die für die Bedienung erforderlichen Schlafzimmer; Bedürfnisanstalten für die Kinder, für das Wartepersonal und für die Verwaltung; die erforderlichen Wirtschaftsräume, bestehend aus Kochküche mit Vorratskammern, Milchküche mit Sterilisationsapparat, Waschküche mit Desinfektionsvorrichtung, Bügelstube, Räume für Brennstoff; eine bedeckte Halle, ein Spielhof und Garten. Empfehlenswert ist die Vorsorge eines abgetrennten kleinen Zimmers, in welchem die Mütter morgens und abends ihre Kinder stillen können.

In Hannover ist das städtische Fürsorgeamt während des Krieges dazu übergegangen — damit die Mütter, die mit ihren Säuglingen sich im Walde oder in Parkanlagen erholen, Gelegenheit zum Stillen haben, ohne besonders ihre Wohnung aufsuchen zu müssen — besondere Stillstuben zu schaffen. Die Stillstube im Stadtwald Eilenriede in Hannover, welche in unmittelbarer Verbindung mit einem Kinderspielplatz angelegt wurde. Die Mütter können

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hier unter Aufsicht einer Wärterin von morgens 10 Uhr bis Dunkelwerden, auch Sonntags, ihre Kinder stillen. Die Wärterin gibt den Müttern hier auch Anleitung in der Pflege der Kinder, was bekanntlich bei manchen Müttern recht notwendig ist. Diese Stillstuben haben sich außerordentlich bewährt und werden sehr stark in Anspruch genommen.

Für die Kinderbewahranstalten oder Warteschulen gelten im allgemeinen dieselben Forderungen wie für die Krippen, nur daß die Einrichtungen fortfallen, die dem Ruhebedürfnis der ganz kleinen Kinder Rechnung tragen, weil die Kinder hier in der Regel erst mit dem dritten oder vierten Lebensjahre den Anstalten zugeführt werden. Statt dessen sind entsprechende Räume mit Sitzgelegenheiten zu schaffen, in denen die Kinder während ihrer gemeinsamen Beschäftigung, Unterhaltung und Belehrung Platz finden. Auch die Badeeinrichtungen können hier eingeschränkt werden, weil die Kinder morgens der Anstalt sauber gewaschen übergeben werden müssen. Erwünscht ist ein Ruheraum mit Matratzen für solche Kinder, die namentlich nach dem Essen der Ruhe bedürfen. Häufig werden die Kinderbewahranstalten mit verwandten Anstalten, namentlich mit Krippen, Kleinkinderschulen, Kleinkindergärten und Kinderhorten verbunden.

Die Anlage und Einrichtung der Kindergärten und Kleinkinderschulen ist allgemein bekannt, so daß es sich hier wohl erübrigen dürfte, besondere Angaben zu machen.

Die Kinderhorte erfordern, ihrem Zweck entsprechend, Aufenthaltsräume, in denen die Kinder unter der Aufsicht von Lehrern und Lehrerinnen ihre Schularbeiten verrichten und nach Beendigung derselben mit Handarbeiten oder in gemeinsamem Spiel bzw. mit Unterhaltungslektüre, mit Zeichnen oder mit Gesang beschäftigt werden. Im Sommer treten an Stelle der Unterhaltung im geschlossenen Raume auch Spiele im Freien, Turnübungen und Gartenarbeit; ein größerer Spielplatz sowie ein Garten sollten daher immer mit dem Kinderhort verbunden werden. Namentlich in den skandinavischen Ländern und auch in den Vereinigten Staaten von Nordamerika sind mit den Knabenhorten große Handarbeitsschulen verbunden, in Amerika insbesondere in den sogenannten Fieldhouses.

Die Unterernährung während und nach dem Kriege hat heute die Schaffung von Kindererholungsheimen in den Vordergrund des Interesses gerückt. Sie haben den Zweck, erholungsbedürftigen Schulkindern, deren Gesundheit vor allem infolge der schlechten Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse mehr oder weniger stark angegriffen ist, dadurch zu helfen, daß die Kinder hauptsächlich während der Ferien, aber auch während der Schulzeit auf eine Dauer von mehreren Wochen auf dem Lande in gesunder Luft, im Walde, im Gebirge oder an der See in Pflege gegeben werden. Die vorzüglichen Erfolge dieser Erholungsgelegenheiten für die Schulkinder sind allgemein bekannt. Man unterscheidet zwei verschiedene Gruppen von Kinderheimen:

1. Erholungsheime, lediglich für erholungsbedürftige, nicht aber für kranke Kinder.
2. Kinderkurheime für kranke Kinder.

An Räumen sind für die Kinderheime erforderlich: Räume für den Tagesaufenthalt, eventuell gleichzeitig Speisezimmer, entsprechende Schlafräume, Räume für das Dienstpersonal, einige gesonderte Zimmer für kranke Kinder, eine Kochküche mit Vorratsräumen, einige Bäder, Aborte, eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Waschküche usw. Von großem Wert ist es, wenn mit den Kinderheimen eine eigene Landwirtschaft verbunden werden kann.

Bei den heutigen Baukostenüberteuerungen werden wir an Neubauten für Kinderheime bis auf weiteres kaum denken können. Die Stadtverwaltungen werden sich vorläufig damit behelfen müssen, daß sie bestehende Gebäude in gesunder Lage auf dem Lande erwerben und sie für Zwecke eines Kinderheimes einrichten. So hat die Stadt Hannover in den letzten Jahren Gebäude in der Nähe von Hannover, sowie auf der Insel Spiekeroog erworben und zu Kinderheimen umgewandelt. Die folgende Aufnahme zeigt ein Bild aus unserem stadthannoverschen Kinderheim in Lehrte, in welchem auch kleine Kinder aufgenommen werden, und die nächsten Bilder zeigen das Tun und Treiben in einem Kinderheim, das wir in einem städtischen Gutshof in der Stadt Hannover selbst eingerichtet haben. Für das Kinderheim in Dassel im Solling, welches das folgende Bild zeigt, gibt die Stadt Hannover Zuschüsse und sendet jährlich eine größere Zahl von Kindern dorthin. Auf der Insel Spiekeroog haben wir ein älteres Haus erworben und für Zwecke eines Kinderheims eingerichtet. Den Badebetrieb desselben ersehen Sie aus dem nächsten Bild. Ein besonders reizvolles und gesundes Kinderheim konnten wir in Hannover weiterhin dadurch schaffen, daß uns das früher kaiserliche Jagdschloß in Springe am Deister für Zwecke eines Kinderheims überlassen worden ist. Die folgenden Bilder zeigen Ihnen dieses Kinderheim im Betrieb[1]).

Die städtische Schulverwaltung in Hannover hat seit April dieses Jahres untergebracht:

1. In Landstellen (bei einer Aufenthaltsdauer von 8 Wochen bis zu 6 Monaten für jedes Kind)	1058	Kinder
2. In Erholungsheimen (bei einer Aufenthaltsdauer von 4 bis 6 Wochen)	1670	„
	2728	Kinder

Stadtschulamt und städtisches Fürsorgeamt in Hannover zusammen sind jetzt in der Lage, jährlich insgesamt etwa 3500 bis 4000 Kinder in Landstellen und in Erholungsheimen unterzubringen, so daß zurzeit allen von den Schulärzten als besonders erholungsbedürftig bezeichneten minderbemittelten Kindern auf städtische Kosten ein mindestens vierwöchiger Erholungsaufenthalt auf dem Lande oder in einem Erholungsheim gewährt werden kann.

Für kranke, vor allem für tuberkulöse Kinder, müssen besondere Kinderkrankenhäuser, auf die ich im einzelnen hier nicht näher eingehen kann, geschaffen werden. Das nebenstehende Bild zeigt eine Aufnahme aus dem Pavillon für tuberkulöse Kinder in der städtischen Lungenheilstätte „Heidehaus“ bei Hannover[1]).

Die Unterbringung von Waisen, Halbwaisen und verlassenen Kindern erfolgt in den Waisenhäusern, deren Einrichtung ich als bekannt voraussetzen darf.

Mehr und mehr gelangen wir zu der Überzeugung, daß alle diese Anlagen für Kleinkinderpflege und Jugendhilfe, soweit sie nicht unbedingt innerhalb einer Stadt angelegt werden müssen, aus der Stadt herausgelegt und auf das Land gebracht werden sollten. Hier ist nicht allein frische und gesunde Luft vorhanden, sondern es bietet sich auch hier auf dem Lande besser Gelegenheit zur Verpflegung, namentlich, wenn, was bei

[1]) Die beim Vortrag gezeigten Bilder sind hier fortgelassen worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

größeren Anlagen immer angestrebt werden sollte, eine eigene Landwirtschaft mit Selbstversorgung damit verbunden wird.

Am lautesten erschallt wohl heute der Ruf nach Schaffung von Jugendheimen und von Spiel- und Sportplätzen. Jugendheime besitzen wir in Deutschland in kleinen Dorfgemeinden wie in Großstädten in den allerverschiedensten Formen. Bald ist ein Turn- oder Sportverein Träger dieses Bauunternehmens, bald ein Verein christlicher junger Männer oder junger Mädchen, ein Handlungsgehilfenverband, bald eine Jung-Deutschland-Gruppe, ein Wandervogelverein oder ein Pfadfinderkorps, bald ist die Gemeinde Trägerin des Baugedankens und schafft Jugendheime in einem selbständigen Gebäude oder im Anschluß an Schulen, Turnhallen oder Fortbildungsschulen, oder es handelt sich um ein Gesellen-, Soldaten- oder Kriegerheim, um Arbeiter- und Arbeiterinnenheime, um Schülerferienheime für Ferienwanderungen oder um Studentenherbergen. Diese Verschiedenartigkeit drückt sich auch in der verschiedenartigen Entwickelung des Bauprogramms aus. In kleinen Landgemeinden, in Klein- und Mittelstädten wird im allgemeinen ein einziges Jugendheim in geeigneter Lage alle Wünsche erfüllen. In größeren Städten, vor allem in Großstädten, wird aber eine Dezentralisation nicht zu umgehen sein und die Lösung am zweckmäßigsten so erfolgen, daß für die Bewohner des inneren Stadtgebietes ein zentral gelegenes größeres Jugendheim geschaffen wird, während für die weiter nach der Peripherie liegenden Stadtgebiete kleinere, dezentralisierte solche Heime zu errichten wären.

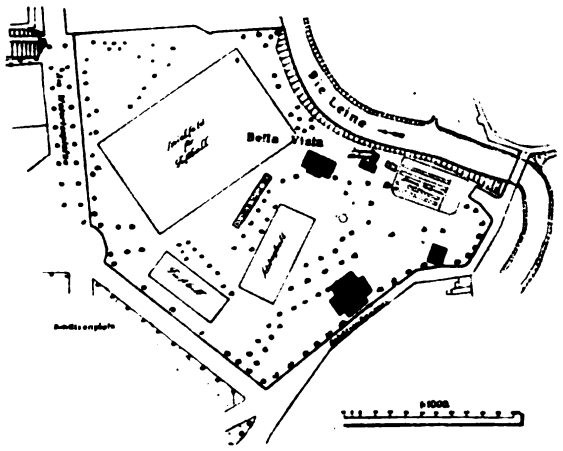
In kleinen Landgemeinden könnten die Räume für die Jugendpflege in zweckmäßiger und billiger Weise mit Gemeinde- oder Pfarrhäusern oder mit Schulneubauten verbunden werden oder durch einen Anbau an vorhandene Gebäude ein oder mehrere Räume für Zwecke eines Jugendheims gewonnen werden, falls nicht die Mittel dazu vorhanden sind, im Dorfe neben der Kirche und dem Schulhaus als dritte Dominante ein selbständiges Jugendheim oder kleines Volkshaus zu errichten. Auch das bescheidenste Jugendheim sollte, sofern es nicht nur Herberge ist, einen kleinen Saal aufweisen, der zugleich als Versammlungsraum und Vortragssaal dient und der am besten mit einer kleinen Bühnenvorrichtung versehen ist. In Verbindung mit dem Saal ist dann weiter ein Garderobenraum erforderlich. Stehen etwas mehr Mittel zur Verfügung, so wird man in erster Linie für die Schaffung einer Bücherei und eines Lesezimmers Sorge tragen und eventuell auch einige Räume für die Vereine vorsehen. Eine Küche mit Vorratsräumen und Büfettausgabe ist besonders erwünscht, damit den Jugendlichen in gewissem Umfange auch Speisen und Getränke verabreicht werden können. Wenn irgendwie die Mittel es erlauben, sollte man mit dem Jugendheim stets eine Turnhalle, sowie auch eine Wohnung für einen Hausmeister verbinden, damit das Heim unter ständiger Bewachung gehalten wird. Die Turnhalle kann auch als Versammlungsraum dienen. In größeren Jugendheimen sind Räume für den Handfertigkeitsunterricht vorhanden. In dem nebenstehenden Plan[1]) des Jugendheims in Halberstadt, welches aus Mitteln einer Stiftung errichtet wurde, sind verschiedene Räume für den Handfertigkeitsunterricht geschaffen, außerdem zwei größere Säle für

[1]) Hier fortgelassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Lehrlingsheim. Immer wird sich der Umfang und die Einrichtung eben nach den zur Verfügung stehenden Mitteln zu richten haben. In verschiedenen Städten, sogar in kleineren Mittelstädten, wie z. B. in Weißenfels, sind ziemlich opulente Jugendheime entstanden, wie sie die meisten Großstädte nicht einmal aufzuweisen haben. In der heutigen Zeit bitterster Armut des deutschen Volkes und einer Baukostenüberteuerung, die auf das 11- bis 12fache des Friedenspreises gestiegen ist, werden wir sowohl hinsichtlich des Umfanges als auch der Art der Ausstattung der Jugendheime auf die denkbar einfachsten Mittel uns beschränken müssen. So wünschenswert es auch wäre, weiträumige Jugendheime zu schaffen, die außer den dringend notwendigen Räumen für die Unterhaltung und Belehrung der Jugendlichen diesen auch Gelegenheit zur Pflege der Leibesübungen schaffen würden, z. B. durch den Einbau von Schwimmhallen, besonderen Turnhallen usw., so werden wir doch in den nächsten zehn Jahren sicher unter normalen Verhältnissen auch in den Großstädten von solchen Maßnahmen Abstand nehmen müssen. Dagegen werden wir, wenn irgend möglich, und zwar sowohl bei ländlichen Verhältnissen als auch in der Großstadt, anstreben müssen, in unmittelbarer Verbindung mit den Jugendheimen Spiel- und Sportplätze zu schaffen. Auch bei der Schaffung von Jugendheimen werden wir uns in der nächsten Zeit im wesentlichen durch Benutzung und Umbau vorhandener Gebäude helfen müssen. So haben wir in Hannover in diesem Jahre ein ehemaliges Schlößchen, das inmitten eines Parks mit prachtvollem alten Baumbestand gelegen ist (Abb. 1), die Bella Vista, die bis vor kurzem als volkstümliche Parkwirtschaft benutzt wurde, in ein Jugendheim umgewandelt. Aus dem nächsten Plan ersehen Sie den gesamten Lageplan der etwa 4 ha großen Anlage. In dem Hauptgebäude sind im Erdgeschosse ein größerer Versammlungsraum mit anschließenden Vereinszimmern, eine Küche sowie ein Geschäftszimmer eingerichtet, während im Obergeschoß neben verschiedenen Vereinszimmern noch eine Wohnung für den Hausmeister geschaffen worden ist. Ein $1^1/_4$ ha großer Spielplatz wurde auf dem Grundstück angelegt. Ein auf dem Grundstück vorhandener Saal, der in einem besonderen Gebäude untergebracht ist, wurde für Zwecke des Jugendheims beibehalten, ebenso zwei langgestreckte offene Veranden, die seither für Zwecke der Parkwirtschaft gedient hatten. In einem ebenfalls auf dem Grundstück vorhandenen Gebäude haben wir weiterhin eine Wanderherberge eingerichtet. Die Kosten für diese Gesamtanlage einschließlich der Ein-

Abb. 1.



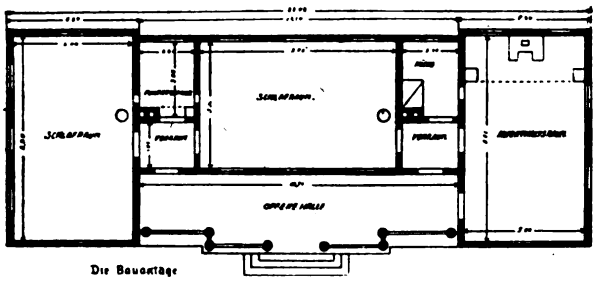
Lageplan eines städt. Jugendheims mit Spielplätzen. (Ehemaliges Schlößchen mit altem Park.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

richtung beliefen sich auf rund 200000 M. Auch bei Schulneubauten sollte man stets einen Raum für Jugendpflege vorsehen.

Als Beispiel eines bescheidenen Wanderheims möchte ich Ihnen kurz ein Bild von dem von mir 1914 erbauten Heim der Jung-Deutschland-Gruppe Berlin-Schöneberg in Sperenberg bei Berlin vorführen (Abb. 2).

Abb. 2.



Jung-Deutschlandheim in Sperenberg bei Berlin. (Architekt Paul Wolf.)

Das bescheidene, einschließlich der Inneneinrichtung mit einem Kostenaufwand von nur 14700 M. errichtete Gebäude enthält einen 5:8,2 m großen Aufenthaltsraum, zwei ebenso große Schlafräume, in welchen die Betten nach Art der Kasernenschlafstellen in zwei Lagen übereinander angeordnet sind, ein besonderes Zimmer für den Führer, eine kleine Küche, sowie endlich eine beinahe 13 m lange überdeckte offene Halle. Das folgende Bild zeigt Ihnen die Außenansicht mit dem vorgelagerten Spielplatz, während das nächste Bild die in unmittelbarer Nachbarschaft gelegene Badegelegenheit vor Augen führt.

Die letzten Bilder bilden bereits einen Übergang zu den Anlagen für die Leibesübungen. Ich zähle hierzu besonders die Turnhallen, die Fluß- und Hallenschwimmbäder, die Anlagen für den Ruder- und Segelsport, die Sonnenbäder und Sportluftbäder, die Sport- und Spielplätze, Eislaufplätze, die Sportparks im weiteren Sinne und endlich die Wanderwege und Jugendherbergen für den Wandersport.

(Schluß folgt in Heft 2.)

Die Krankenkassentage und die öffentliche Gesundheitspflege.

Von Sanitätsrat Dr. C. v. Wild in Cassel.

In den letzten Tagen des November 1919 hat ein Allgemeiner Ortskrankenkassentag in Cassel und in den ersten des Dezember eine Tagung aller Krankenkassen in Berlin stattgefunden. Die Beschlüsse dieser beiden Tagungen sind insofern von besonderer Wichtigkeit für die Volksgesundheit, als darin gefordert wird, daß die Krankenkassen die gesetzliche Berechtigung erhalten sollen, unter gewissen Umständen an Stelle der ärztlichen Behandlung eine Barleistung zu gewähren. Diese Berechtigung war bisher abhängig von der Genehmigung des zuständigen Oberversicherungsamtes, in Zukunft soll die Beurteilung der Notwendigkeit dem „pflichtgemäßen Ermessen des Kassenvorstandes“ überlassen werden.

Wenn diese Gesetzesänderung den Wünschen der Kassen entsprechend beschlossen werden sollte, so würde dadurch unserer Volksgesundheit ein sehr schwerer Schaden zugefügt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Denn jeder, der seit der Einführung der Krankenversicherung die Sterblichkeits- und Krankheitsziffern verfolgt hat, weiß, daß sie sich von Jahr zu Jahr in immer steigendem Maße verbessert haben. Und das lag einfach daran, daß durch die Gewährung unentgeltlicher ärztlicher Hilfe an die minder bemittelten Schichten der Bevölkerung, diese in die Lage versetzt waren, sich frühzeitig, beim Eintritt der ersten Krankheitserscheinungen, ärztlich behandeln zu lassen. Dadurch wurden viele Krankheiten im Keime erstickt, dem Umsichgreifen von Seuchen wurde vorgebeugt, die Krankheiten verliefen leichter, dauerten kürzer, schadeten also sowohl dem einzelnen als der Gesamtheit weniger. Das frühzeitige Einsetzen sachverständiger Hilfe ist die Vorbedingung für einen befriedigenden Erfolg ärztlichen Handelns.

Und wie würde es werden, wenn das Gesetz geändert würde, also an Stelle der ärztlichen Hilfe eine Barleistung gewährt werden könnte? Die ärztliche Hilfe würde ganz sicher — aus Scheu vor den Kosten — später in Anspruch genommen werden als jetzt, wo sie unentgeltlich gewährt wird. In vielen Fällen würde auch statt der sachverständigen ärztlichen die Hilfe irgendwelcher weniger sachverständigen Heilpersonen nachgesucht werden; auch dadurch würde in den günstigsten Fällen nur Zeit versäumt, sehr häufig aber ein ungünstiger Verlauf der Krankheit verursacht werden. — Daß diese Folgen eintreten würden, läßt sich mit unbedingter Sicherheit aus der Erfahrung voraussagen, die die Ärzte in den letzten Jahren, besonders aber in der allerletzten Zeit gemacht haben. Es steht nämlich fest, daß schon die Versicherten, denen von der Krankenkasse keine freie Arznei gewährt wird, den Arzt viel später aufsuchen als die, welche die Arzneien frei haben, und außerdem häufen sich die Erfahrungen, daß Angehörige des Mittelstandes aus Scheu vor den Kosten viel später ärztliche Hilfe aufsuchen, als es im Interesse der baldigen Genesung wünschenswert wäre.

Man male sich die Folgen aus, die entstehen könnten, wenn unser durch die Leiden des Krieges und der Hungerblockade geschwächter, von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten heimgesuchter Volkskörper solchen Schädigungen ausgesetzt würde. Die Krankenversicherung würde aufhören, eine Wohltat für die Versicherten zu sein.

Chronik der Sozialen Hygiene.

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

Kinder- und Jugendfürsorge.

In unserem letzten Bericht über Kinderfürsorge (Dezember 1919) konnten wir bereits eine Reihe von Daten über die Wirkung der Hungerblockade auf deutsche und österreichische Kinder verzeichnen. Diese Daten mehren sich, zumal inzwischen Organisationen gegründet worden sind, die sich mit der Kindernot und dem Kindertod in Europa beschäftigen. So wurde in Genf im Januar 1920 unter dem Patronat des „Internationalen Komitees des Roten Kreuzes“ ein Zentralverband für Kinderhilfe gegründet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Gedanke dazu entstand gleichzeitig bei dem Berner Komitee für Kinderhilfe und beim Save-the-Children-Fund in London; an der Organisation der Gesellschaft nahm Miß Eglantine Jebb, eine Schwester der durch ihr wohltätiges Wirken so bekannten Frau C. R. Buxton, hervorragenden Anteil. Auf die letzten Februartage hatte die neue „Union Internationale de Secours aux Enfants" eine Konferenz nach Genf einberufen, um die Erfahrungen zu vergleichen und zu einem gemeinsamen Programm zu gelangen. Außer den schweizerischen Vertretern des Kinderhilfswerkes kamen Freunde in stattlicher Zahl. Frankreich, Italien, Holland, Skandinavien und die anderen europäischen Länder waren vertreten, aber der Charakter der Tagung wurde durch die große Anzahl englischer und amerikanischer Delegierter bestimmt.

Auf dem in Genf abgehaltenen Internationalen Kongreß für Kinderhilfe gab Abg. Adele Schreiber, Schriftführerin des Vereins für Kinderhilfe, Berlin, erschütternde Zahlen über den Gesundheitszustand der deutschen Kinder.

Nach ihrem Bericht befinden sich unter den 3 383 900 Kindern der deutschen Großstädte 200 633 Tuberkulöse und 835 973 schwer Unterernährte. Die Sterblichkeit der Kinder von 1 bis 5 Jahren stieg, wenn wir die Jahre 1914 und 1918 vergleichen, in folgender Weise an: um 25 Proz. in Hessen, 30 Proz. in Lübeck, 34 Proz. in Sachsen-Meiningen, 36 Proz. in Anhalt, 47 Proz. in Mecklenburg-Schwerin.

Für die 5- bis 15jährigen geben wir nachfolgend einige Sterblichkeitsziffern in denselben Jahren. Die Sterblichkeit der genannten Altersgruppen stieg: um 96 Proz. für Preußen, 124 Proz. für Hessen, 128 Proz. für Mecklenburg-Schwerin, 158 Proz. für Sachsen-Altenburg.

Diese Krankheits- und Sterblichkeitsziffern verteilen sich etwa gleichmäßig auf die Arbeiterklassen und den sogenannten „Mittelstand", dessen heimliches und verborgenes Elend vielfach noch härter und grausamer ist als die bekannte Notlage des Proletariats. Auch eine Statistik über die Schulkinder in Frankfurt a. M., die auch Kinder der Bürgerschulen, also auch die nicht dem Proletariat angehörigen Schüler umfaßt, bestätigt diese Tatsache. Nach dieser Tabelle fiel z. B. das Durchschnittsgewicht der 10jährigen Knaben in den Jahren 1910, 1916 und 1919 von 28 auf 27 und 26 kg, das der 13jährigen von 36 auf 35 und 32½ kg, das der 14jährigen von 41 auf 37 kg, während 13jährige Mädchen durchschnittlich 35 anstatt 39 kg in normalen Zeiten wogen. In ihrem Wachstum waren alle Kinder etwa 4 bis 6 cm unter der Norm zurückgeblieben. Diese Zahlen stimmen mit den Ergebnissen überein, zu denen Miß Emily Hobhouse in ihrem Bericht über Leipzig gelangte. Sie weist insbesondere hin auf die erschreckende Zunahme der Tuberkulose, die sie als „eine wahre Epidemie" in den von ihr besuchten Städten bezeichnet. Die Zahlen geben ihr nur allzu recht; zählen wir doch in Leipzig etwa 8000, in Köln über 10 000, in Hamburg etwa 13 000, in Breslau über 7000, in Berlin ungefähr 30 000 tuberkulöse Kinder! Dazu kommt die Rachitis, die in steigendem Maße auftritt. So befindet sich z. B. in der Stadt Barmen unter je fünf Kindern zwischen 1 und 3 Jahren immer eines, das infolge schwerer Rachitis nicht stehen oder gehen kann. Erschreckend sind auch die Mitteilungen, die Mrs. Lloyd Wilson machte, nachdem sie Berlin und Dresden besichtigt hatte. Sie greift als Beispiel die 115. Gemeindeschule von Berlin heraus, in der man unter 650 Kindern 161 fand, die keine Schuhe mehr besaßen (nur noch Holzschuhe), 142 ohne Mantel oder warmes Überkleidungsstück, 305, die keine Wäsche oder nur elende Lumpen besaßen, 378, bei denen es daheim keinen geheizten Raum gab, 341, bei denen nie ein Tropfen Milch ins Haus kam, 106, deren Eltern nicht einmal die dürftigen Lebensmittelrationen kaufen konnten, 118 waren tuberkulös, 48 durch Unterernährung geistig zurückgeblieben, 50 außerordentlich schwach und wogen bis zu 10 kg unter der Norm, 85 Kinder starben im Laufe des Jahres an den Folgen der Entbehrung und Unterernährung.

Die Bevölkerung der Mittel- und Kleinstädte ist nach den Berichten in keiner wesentlich günstigeren Lage, und auch in ländlichen Bezirken wurden schwerste gesundheitliche Schädigungen festgestellt. Der Bericht kommt zu dem Schluß, daß ungefähr 2½ Millionen deutscher Kinder in den nächsten Jahren dem Untergange geweiht sind, wenn nicht baldigst für bessere Ernährung gesorgt werden kann, und daß bereits 6 Millionen Kinder als ernstlich gefährdet zu betrachten sind, zum Teil schon schweren Schaden an ihrer Gesundheit erlitten haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Ergänzung dieser umfassenderen Berichte mögen noch zwei Berichte aus eigenartig gelagerten Einzelgebieten dienen. Nach amtlichen Statistiken (vgl. „Frankf. Ztg." vom 10. April 1920) zeigten sich die Verhältnisse im Erzgebirge folgendermaßen:

Im Jahre 1914 starben im Bezirk der Amtshauptmannschaft Annaberg mit ihren damals 110 000 Einwohnern 110 Menschen an Tuberkulose. Im Jahre 1919 erhöhte sich die Zahl der Sterbefälle an Tuberkulose auf 243 bei einer Einwohnerziffer von 100 000 Seelen. Nach den Erfahrungen der Ärzte im Bezirk Annaberg sind über 5 Proz. der Einwohnerschaft an offener Tuberkulose erkrankt. In der Gemeinde Crottendorf mit 4800 Einwohnern stehen allein 125 Tuberkulosekranke in gemeindlicher Fürsorge. Die Säuglingssterblichkeit im Bezirk Annaberg erreichte 1919 eine Höhe von 19,2 Proz. — der amtliche Bericht des Leiters der Gemeindeschule von Zschorlau eröffnet, daß etwa 60 Proz. der Schulkinder an Blutarmut und Skrofulose leiden. Im Jahre 1914 belief sich der Durchschnitt der versäumten Schultage auf 4 bis 5 Tage, im Schuljahr 1918/19 auf 11 300 Tage, was für jedes Schulkind eine durchschnittliche Versäumnis von 12 Tagen bedeutet. Nach den Statistiken des Bezirksarztes im Medizinalbezirk Schwarzenberg hat das Durchschnittsgewicht der männlichen Arbeiterbevölkerung im letzten Jahre um 15 bis 20 Proz. abgenommen. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder im letzten Schuljahre (also der 14jährigen) betrug 1917/18 34,8 kg; 1919/20 33,5 kg mit Kleidung, während es normal ohne Kleidung 40 kg betragen müßte. Die durchschnittliche Größe der Kinder war 141,6 cm gegen normal 150 cm.

Die Lebensmittelverhältnisse sind derart, daß Kinder bis zu 2 Jahren täglich nur ¾ Liter Milch, Kinder von 2 bis 4 Jahren täglich ¼ Liter und Kinder von 4 bis 6 Jahren nur alle zwei Tage ¼ Liter Milch erhalten können. Außer an Kranke und schwangere Frauen, die täglich ½ Liter erhalten, kann Milch nicht abgegeben werden. Erwachsene Personen erhalten wöchentlich 4 Pfund Brot, 125 g Fleisch, 90 g Margarine, ¼ Pfund Trockengemüse, ½ Pfund Marmelade und durchschnittlich 5 Pfund Kartoffeln. Eiweißhaltige Nährmittel, Hülsenfrüchte u. dgl. fehlen gänzlich.

Aber auch bei den Auslandsdeutschen war es zum Teil recht schlimm.

Der frühere leitende Arzt des Eingeborenenkrankenhauses in Tanger, Dr. Steiner, veröffentlicht in der „Pressekorrespondenz des Deutschen Auslandsinstituts" (Stuttgart) das Ergebnis der Untersuchung von 97 Auslandsdeutschen der Ortsgruppe Duisburg. Dr. Steiner sagt hierüber:

„Das Bild, das sich bot, war erschütternd, da mit zwei Ausnahmen alle Untersuchten ein jammervolles Aussehen boten. Bei 31 Kindern, hier besonders bei den Mädchen, waren deutliche Zeichen von Entwickelungsstörungen und -hemmungen aller Art zu konstatieren. Bei den fünf im Pubertätsalter befindlichen Kindern traten diese Schäden besonders hervor. Alle untersuchten Kinder kann man als »Hungerkinder« bezeichnen. — Bei den Erwachsenen fand ich bei mindestens 50 Proz. deutliche Zeichen von Hungerdegeneration. Zum Teil kann man bei den Kindern direkt von zwerghafter Zurückgebliebenheit sprechen, und die Fälle sind zahlreich, wo skelettartige Abmagerung vorhanden ist. So will ich nur jenen 11jährigen Jungen erwähnen, der bei einer Größe von 1,5 m 37 Pfund wiegt. Die Durchschnittsgröße der untersuchten Kinder war: 1,26 m, davon bei den Mädchen: 1,35 m, bei den Knaben: 1,17 m. Das Durchschnittsgewicht bei den Kindern war: 28 kg, davon bei den Mädchen: 33 kg, bei den Knaben: 23 kg. Das Durchschnittsgewicht war bei den Erwachsenen (über 15 Jahre) 57 kg, davon bei Frauen: 54 kg, bei Männern: 60 kg."

Daß unter solchen Umständen die Kindertuberkulose stark um sich greift und die generativen Werte rasch zerstört, wird in allen diesen Berichten immer wieder betont.

Dr. med. H. Witzel (Heidelberg) schreibt in Alfons Fischers „Sozialhygienischen Mitteilungen" (April 1920) über „die starke Zunahme der Kindertuberkulose seit Anfang 1919 und ihre Ursache" und kommt nach seinen und Prof. Lusts sorgfältigen Feststellungen in der Heidelberger Kinderklinik zu folgenden Ergebnissen: „Mit Beginn des Waffenstillstandes macht sich eine sehr beträchtliche Vermehrung der tuberkulösen Infektionen an unserem Material bemerkbar, die ziemlich plötzlich mit einem rapiden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ansteigen der Tuberkulosekurve im Januar einsetzt und im Februar und März zunächst ihren Gipfel erreicht.

Von dieser Zunahme der Infektionen sind in der Hauptsache die sieben ersten Lebensjahre, ganz besonders stark die Säuglinge und das zweite Lebensjahr befallen.

Man kann wohl für das auffällig rapide Ansteigen der tuberkulösen Infektionen von Dezember auf Januar und Februar hin keine andere Begründung finden als die überstürzte plötzliche Rückkehr aller Soldaten aus dem Felde, aus den Garnisonen und Lazaretten. Viele, die wegen Tuberkulose in Lazaretten und Lungenheilstätten sich befanden, gerade auch schwere Phthisiker, kehrten nach Auflösung aller militärischen Disziplin in ansteckungsfähigem Zustande zurück und konnten daher leicht zur Quelle der Infektion für die so besonders empfänglichen Kinder der ersten Altersklassen werden."

Die ursächlichen Faktoren für die starke Perniziosität der Erkrankungen sind nach Witzel: Die Infektion in sehr frühem Alter, die Unterernährung, erneute Superinfektion infolge unhygienischer Wohnungsverhältnisse, die gehäuften massiven Infektionen.

Die „Volkswohlfahrt", die Zeitschrift des Preußischen Wohlfahrtsministeriums macht im Anschluß an diese Erfahrungen der Heidelberger Kinderklinik (in Nr. 5 vom 1. Juni 1920, S. 97) darauf aufmerksam, daß zwar Erfahrungen aus anderen Kliniken zur Beurteilung der Tragweite dieser Beobachtungen abzuwarten seien, aber doch jetzt schon erneut der Nahverkehr mit Tuberkulösen gerade für das früheste Kindesalter aufs sorgfältigste vermieden werden müsse.

„In der Familie wie im Kinderhort ist der Frage der Gesundheit aller mit der Pflege kleinster Kinder befaßter Personen besondere Aufmerksamkeit zu schenken und bei verdächtigem Husten rechtzeitig dessen Charakter festzustellen. Personen mit offener Tuberkulose sind selbst bei noch erhaltener Erwerbsfähigkeit von der öffentlichen Kinderpflege auszuschalten; handelt es sich um Familienmitglieder, so müssen sie durch die Fürsorgestellen über ihr Verhalten eingehend belehrt werden. Die Unterlassung dieser Vorsicht hat den vermeidbaren Opfertod von Kindern der ersten Lebensjahre zur Folge."

Über die Anforderungen, die vom sozialhygienischen Standpunkte an Krippen und Kindergärten zu stellen sind, sprach in der Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege im Januar 1920 Dr. Tugendreich vom Medizinalamt der Stadt Berlin. Er hob, wie ich dem Bericht der „Voss. Ztg." entnehme, hervor, daß die zumeist von der privaten Fürsorge unterhaltenen Einrichtungen schon vor dem Kriege sich größtenteils in einem Zustande befanden, der selbst hygienischen Mindestforderungen nicht entsprach. Er führte dann weiter etwa folgendes aus:

Die gegenwärtige Teuerung hat natürlich den Zustand noch verschlechtert. Krippen und Kindergärten sind Anstalten, in denen eine Anhäufung von Kindern stattfindet, was immer mit einer gewissen Gefährdung durch die leicht übertragbaren Kinderkrankheiten verbunden ist. Diese Gefahr ist größer als im Kinderheim, da es im Wesen der Krippe und des Kindergartens liegt, daß die Kinder täglich zwischen Familie und Anstalt hin und her wechseln und dadurch sowohl vom Hause Krankheiten in die Anstalt als auch umgekehrt von der Anstalt in die Familie schleppen können. Es sind nicht allein die Anstaltsepidemien, die die Kinder in den Krippen und Kindergärten gefährden, auch sonst bildet ihre mangelhafte und unzweckmäßige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einrichtung große Gefahren. Es fehlt bei den Krippen, die vorwiegend mit Säuglingen, und zwar künstlich genährten, belegt werden, häufig an sachverständiger Überwachung der Ernährung. Bei den Kindergärten findet man die Kleinkinder, deren auffälliger Spieltrieb das beste natürliche Mittel für körperliches Gedeihen ist, noch immer häufig schulmäßig an Bänken und Tischen sitzen. Der schnellen Ermüdbarkeit dieser Altersstufe wird nicht genügend Rechnung getragen. Vom erzieherischen und gesundheitlichen Standpunkt aus ist zu beklagen, daß eine viel zu große Zahl von Kindern in einem Raum sich befindet und nur von einer Kindergärtnerin überwacht und angeleitet wird. Der von Fröbel geforderte familienhafte Charakter der öffentlichen Kleinkindererziehung geht dabei völlig verloren. Viel zu gering sind auch bei den Krippen und Kindergärten die Gelegenheiten, die Kinder ins Freie zu bringen. Das ist um so beklagenswerter, als diese Anstalten meist in Privatwohnungen untergebracht werden, deren Lüftungsanlagen auf eine derartige Anhäufung von Kindern nicht eingerichtet sind. Es ist deshalb zu fordern, daß die Krippen und Kindergärten den gleichen hygienischen Stand erreichen, wie ihn die Säuglingsheime und die Schulen haben. Auch eine regelmäßige ärztliche Überwachung der Anstalten ist erforderlich.

In der Preußischen Landesversammlung wurde der Antrag gestellt (vom Abg. Dr. Struve am 25. Juni 1920), dafür Sorge zu tragen, daß die auf domänenfiskalischem Grunde liegenden Gebäude der Marinefliegerabteilung in Norderney für die Zwecke der Behandlung und Heilung erkrankter Kinder der unbemittelten Volkskreise zur Verfügung gestellt werden, und das Wohlfahrtsministerium zu beauftragen, mit möglichster Beschleunigung Vorschläge zur sozialhygienischen Verwertung dieser Gebäude vorzulegen.

Ein Erlaß des Preußischen Wohlfahrtsministeriums vom 11. Mai 1920 („Volkswohlfahrt", Nr. 5 vom 1. Juni 1920) ordnet Urinuntersuchungen von Schulkindern an, damit Nierenerkrankungen, die namentlich im Anschluß an die verschiedensten Infektionskrankheiten verhältnismäßig häufig auftreten, rechtzeitig erkannt werden.

Die besondere Bedeutung der Unterernährung und der Tuberkulosegefahr, die sich für die Gesundheitspflege der Kinder immer wieder geltend gemacht hat, führt namentlich auch auf die Frage der Stadtkinderfürsorge. Die Tätigkeit des Vereins „Landaufenthalt für Stadtkinder" hat im Jahre 1919 kein besonders günstiges Ergebnis gehabt. Wir entnehmen den Angaben des Vereins die folgenden Mitteilungen:

Während im Jahre 1917 600000 und 1918 noch 300000 Kinder im Reiche zum Landaufenthalt untergebracht werden konnten, ist für das abgelaufene Jahr nach den bisher vorliegenden Unterlagen nur mit einer Gesamtzahl von annähernd 100000 Kindern zu rechnen. Der Hauptgrund für das Minderergebnis lag in den schwierigen innerpolitischen Verhältnissen, insbesondere den fortgesetzten Unruhen und Streiks in den Großstädten und Industriebezirken, die die Landbevölkerung stark erbitterten. Hemmend wirkten ferner die Landarbeiterbewegung, die zunehmende Unsicherheit auf dem Lande, der unausrottbare wucherische Handel mit Lebensmitteln, die weiterhin verschärfte Erfassung der Lebensmittel und die allgemein auch auf dem Lande gewachsene Lebensmittelknappheit. Die irrige Annahme, es habe sich in den Großstädten und Industriebezirken wegen zeitweiliger Belieferung mit ausländischen Lebensmitteln die Lebenshaltung nachweislich gebessert, sowie der aus Anlaß der Heimkehr der Krieger und Kriegsgefangenen wachsende Raummangel auf dem Lande sind weiterhin für den Rückgang der Stellenzahl entscheidend gewesen. Hinzu kommt aber noch der von allen Organisationen der freien Liebestätigkeit stark empfundene Rückgang des allgemeinen vaterländischen Opfersinns, dessen Wiederbelebung mit allen Mitteln angestrebt werden muß. Bei diesen ungeheuren Schwierigkeiten ist das Ergebnis immerhin noch als recht beachtlich zu bezeichnen. Die Freistellenzahl ist in vielen Bezirken ganz erheblich zurückgegangen. Im besetzten Gebiete des Rheinlandes konnte die Arbeit, wenn auch erst im Laufe des Sommers, mit Genehmigung der Besatzungsbehörden doch fortgesetzt werden. Daß in Ostpreußen, Westpreußen, Posen und Schlesien die Verhältnisse in den Grenzbezirken besonders schwierig waren, liegt auf der Hand. Trotz aller Hemmungen im abgelaufenen Jahre sind die maßgebenden Zentralbehörden, insbesondere das Reichsgesundheitsamt, das Preußische Wohlfahrtsministerium sowie die großen charitativen Verbände, wie die Evangelische Frauenhilfe, der Katholische Caritas-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verband, für unbedingte Fortführung der Arbeit auch im Jahre 1920 eingetreten, wie auch die Mitglieder des Ausschusses sich einmütig zur Weiterarbeit bekannten.

Eine wertvolle Ergänzung der Unterbringung von Stadtkindern im Inland bildete die gleichfalls vom Verein als Reichszentrale geleitete und durchgeführte Unterbringung deutscher Kinder im neutralen Ausland, das wiederum seine Fürsorge, für die wir ihm zu unauslöschlichem Danke verpflichtet sind, unsern Kindern angedeihen ließ. Die Hilfe des neutralen Auslandes wurde hauptsächlich unter dem Eindruck der uns auferlegten unsagbar harten Friedensbedingungen sehr wesentlich erweitert. Insgesamt kamen etwa 30000 Kinder nach dem neutralen Ausland, und damit wurde die bisher höchste Zahl des Jahres 1917 (33000) annähernd wieder erreicht. In der Schweiz konnten rund 13200, in Holland 8200, in Dänemark 3600, in Norwegen 2400, in Schweden 2000 und in Finnland 200 deutsche Kinder Gastfreundschaft genießen. Die Unterbringung erfolgte hauptsächlich, in den nordischen Ländern ausschließlich, auf Freistellen.

Um übrigens die Unterbringung erholungsbedürftiger Stadtkinder auf dem Lande und die Werbetätigkeit hierfür zu fördern, wird nach einer Mitteilung des „Zentralblatts der preußischen Landwirtschaftskammern" an die Aufnahmekreise für jedes im Rahmen der Landaufenthaltorganisation untergebrachte Kind aus Mitteln, die das „Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz" sichergestellt hat, eine Prämie gezahlt.

Diese beträgt für jedes 11 Jahre alte und ältere Kind, das von der Kreisstelle des in dem betreffenden Aufnahmekreise zugelassenen Abgabekreises ausgewählt wird, 15 M., für ein jüngeres 20 M. und für die bei Verwandten oder in Heimen usw. untergebrachten Kinder 5 M. Diese Mittel sollen, wie in dem darauf bezüglichen Rundschreiben der Reichszentrale für die Vermittlung von Landaufenthalt vom Mai 1920 ausgeführt wird, dazu dienen, den ländlichen Kreisen aus Anlaß ihrer nunmehr schon seit einigen Jahren für die Kinder der Großstädte und Industriebezirke geübten selbstlosen Fürsorge eine — wenn auch nur verhältnismäßig bescheidene — Hilfe für ihre ländliche Wohlfahrtspflege zu verschaffen. Bereits in den Vorjahren sollen sich manche Abgabekreise ihren Aufnahmekreisen gegenüber durch Stiftung von Mitteln für Wohlfahrtszwecke auf dem Lande erkenntlich gezeigt haben. Man hofft durch die getroffene Maßnahme eine wesentliche Belebung des Unternehmens zu erzielen, die bei der außergewöhnlich schwierigen Lage der Werbetätigkeit mehr denn je erstrebt werden muß.

Aus dem vor einiger Zeit vorgelegten Bericht des Medizinalamtes der Stadt Berlin über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte und die schulhygienischen Maßnahmen der Berliner Schuldeputation 1917/18 geht freilich hervor, daß der durchschnittliche Gesundheits- und Ernährungszustand der Kinder befriedigend war; ein bemerkenswertes Anwachsen der Tuberkulose und der Infektionskrankheiten war nicht festzustellen. Dieses für das vierte Kriegsjahr günstige Ergebnis war einerseits auf die Volksspeisung und auf den Landaufenthalt der Kinder zurückzuführen, andererseits aber auch auf die großzügige städtische Kriegsfürsorge, die den Familien freie Behandlung und ärztliche Versorgung bot, sowie auf die Tätigkeit der Schwestern des Medizinalamtes. Diese haben nicht nur in der Bekämpfung der Diphtherie wertvolle Dienste geleistet, sondern sich auf dem ihnen neu zugewiesenen Felde der Hautkrankheiten, von deren außerordentlicher Zunahme übereinstimmend berichtet wird und die sich die meisten Kinder angeblich von ihrem Landaufenthalte heimbrachten, bestens bewährt. Die Zunahme der Hautkrankheiten ist auch durch den Seifenmangel und die unsaubere und mangelhafte Kleidung zu erklären. Im ganzen klagten die meisten Schulärzte über eine unzureichende Befolgung ihrer Ratschläge, die sich zum größten Teil aus der vermehrten Berufstätigkeit der Mütter herleitete, denen es in vielen Fällen nicht möglich war, die Kinder in die Sprechstunde zu begleiten.

Die Zahl der Schulkinder betrug im Stadtbezirk Berlin am Ende des Berichtsjahres 104371 Knaben und 106344 Mädchen, im ganzen 210715 Schulkinder. Von den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

berichtenden 36 Schulärzten wurden 23 332 Schulanfänger (11 570 Knaben und 11 762 Mädchen) untersucht, d. h. durchschnittlich von jedem Schularzt 648 Kinder. Wegen körperlicher und geistiger Schulunfähigkeit wurden 8 v. H. zurückgestellt. Für die Vorklassen wurden 680 Kinder, für die Hilfsschulen und Nebenklassen für Schwachsinnige 948 Kinder untersucht, von denen 429 den Nebenklassen überwiesen, 444 in der Volksschule belassen, 17 einer Idiotenanstalt und 58 dem Privatunterricht überwiesen wurden. Auf die Umfrage über den Einfluß der Ernährungsschwierigkeiten auf den Gesundheitszustand der Schulkinder äußerten sich 191 Rektoren dahin, daß der Gesundheitszustand nicht beeinträchtigt worden sei, während 120 Berichte eine Beeinträchtigung feststellten und 26 unbestimmt lauteten. Im Vergleich zu den Berichten vom Frühjahr 1917 ist eine Zunahme der günstigen Berichte festzustellen: damals standen nur 157 günstige 120 ungünstigen bei 40 unbestimmt gefaßten gegenüber. Sodann ist auch die Tatsache erwähnenswert, daß der Andrang zur unentgeltlichen Schulspeisung um die Hälfte zurückging; woraus wohl zu schließen ist, daß in Berlin die Ernährungsschwierigkeiten im vierten Kriegswinter keineswegs einen bedrohlicheren Umfang als im dritten angenommen hatten. Einen besonders günstigen Einfluß übte die Unterbringung von Schulkindern auf dem Lande aus. Für 30 v. H. aller Berliner Kinder wurde ein Landaufenthalt ermöglicht. Von den insgesamt 68 280 verschickten Kindern gehörten 65 648 den Gemeindeschulen, 493 den Hilfsschulen und 2139 den höheren Schulen an. Die Kinder wurden sämtlich vorher von den Schulärzten untersucht, und nach der Rückkehr war bei ihnen eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 7 Pfd. festzustellen.

Dieses günstigere Bild scheint mit dem zuvor Gesagten nicht ganz zu stimmen. Aber das scheint nur so. Denn diese Angaben betreffen das Jahr 1917/18, das zwar schon den Kohlrübenwinter mit umfaßte, aber dessen generative Folgen doch noch keineswegs in nennenswertem Maße spüren läßt. Und das ist ja nicht verwunderlich. Lawinenartig hat sich die Wirkung erst bei weiterem Fortrollen der ungünstigen Entwickelung gezeigt und für 1919/20 sahen die Dinge aber ganz anders aus. Es liegt also hier kein Widerspruch vor, und es ist gewiß nicht zu schwarz gemalt, wenn der Direktor des Berliner Universitätsinstitutes für Orthopädie, Prof. Dr. Gocht, an die „Voss. Ztg." im Januar 1920 schrieb:

Wir haben im Universitätsinstitut für Orthopädie täglich Gelegenheit, durch die Kriegsernährung in ihrer Entwickelung und Gesundheit schwerst geschädigte Kinder und alte Leute zu untersuchen, zu begutachten und zu behandeln. Dabei treten die schrecklichen Folgen der allgemeinen Unterernährung und der durch die Wohnungsnot noch erheblich verschlechterten gesundheitlichen Verhältnisse unserer Großstadtkinder in Erscheinung, die ein großzügiges Hilfswerk des Staates und der privaten Wohltätigkeit dringend notwendig erscheinen lassen. Die englische Krankheit hat an Zahl der Fälle, an Schwere und Hartnäckigkeit in schlimmster Weise zugenommen. Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit und verzögerte Knochenheilung nach Brüchen und Operationen haben sich stark vermehrt, ebenso die Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose.

Bei einem großen Teil der an den bedeutenden Universitätskliniken untersuchten und behandelten, aus ärmsten Verhältnissen stammenden jugendlichen Kranken ist häufig nur durch sofortige Behandlung Abhilfe zu schaffen. An dem Berliner Universitätsinstitut ist während des Krieges eine soziale Fürsorge aus privaten Mitteln eingerichtet worden. Die Wohltäterin unseres Instituts hat sich infolge der neuen Steuergesetze zu ihrem eigenen größten Leidwesen gezwungen gesehen, ihre Tätigkeit einzustellen. Zurzeit wird die soziale Fürsorge trotz der immer dringlicher werdenden Aufnahmen notdürftig aufrechterhalten und kann nur in den allernötigsten Fällen Abhilfe schaffen. Alle Versuche, aus staatlichen Mitteln für diese unbedingt erforderliche und tausendfach bewährte Einrichtung Unterstützungsmittel zu erhalten, sind wegen der gegenwärtigen Notlage des Staates erfolglos geblieben.

Bei der Vorbeugung der im Gefolge der Unterernährung auftretenden Krankheiten muß auf Beschaffung und Bereitstellung zweckmäßiger Nahrungsmittel, die zweifellos vorhanden, aber nur nicht richtig erfaßt werden, auf Wohnungsverbesserung, besonders aber auf großzügige Ausgestaltung der Ferienkolonien, durch Verschickung der Großstadtkinder für mindestens drei Monate aufs Land, der allergrößte Wert gelegt werden. Aber auch für die sofortige Behandlung der bereits schwerkranken Kinder fehlt es an Mitteln.

Dieser Hinweis auf die Verstrickung der gesamten wirtschaftlichen, politischen und finanziellen Lage Deutschlands mit den gesundheitlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Faktoren trifft den Kern der Sache, und unter solchen Umständen ist mit den in diesen Zusammenhang gehörigen Maßnahmen auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge, die neuerdings ergriffen worden sind, nicht viel getan, wenn es an Geldmitteln zur Abhilfe fehlt. Dennoch sind diese Maßnahmen von Bedeutung.

Das preußische Gesetz betr. die öffentliche Krüppelfürsorge vom 6. Mai 1920 (Pr. G.-S., S. 280) bezweckt: a) Rechtzeitige Auffindung der Krüppel, b) Behandlung heilbarer oder besserungsfähiger Krüppel, c) Berufsausbildung der Krüppel entsprechend ihrer Arbeitsfähigkeit, d) Anstaltsunterbringung für solche Krüppel, die ihrer bedürfen.

Wie die Begründung des Gesetzes zutreffend u. a. ausführt, ist gerade bei der Krüppelfürsorge nach den Erfahrungen der Heilkunde eine möglichst frühzeitige Aufnahme der ärztlichen Behandlung von größter Wichtigkeit, da im jugendlichen Alter ein wesentlicher Teil der Krüppel nicht nur bis zur Erwerbsfähigkeit gebessert, sondern sogar geheilt werden kann. Eine frühzeitige Erfassung der jugendlichen Krüppel im Wege der landläufigen, durch untere polizeiliche und Verwaltungsorgane gesammelte Statistiken erscheint aber um so mehr als ausgeschlossen, als abgesehen von dem Mangel der für diesen Zweck erwünschten ärztlichen Schulung dieser Organe — gerade die Eltern dieser Sorgenkinder vielfach in unvernünftiger Weise sich gegen eine Heilbehandlung der von ihnen wegen des Gebrechens besonders geliebten Kinder sträuben und die Gebrechen, selbst wenn sie sie in ihrer vollen Tragweite erkennen, vielfach vor allem aus Furcht vor einer Anstaltsunterbringung verheimlichen.

Die sozialhygienisch wichtigsten Bestimmungen des Gesetzes lauten demnach:

§ 3. 1. Ein Arzt, der in Ausübung seines Berufes bei einer Person unter 18 Jahren eine Verkrüppelung wahrnimmt, ist verpflichtet, hiervon binnen einem Monat unter Bezeichnung des Krüppels und der Verkrüppelung Anzeige zu erstatten.

2. Wer als Arzt oder Hebamme Geburtshilfe leistet, ist verpflichtet, das mit seiner Hilfe geborene Kind auf die Anzeichen von Verkrüppelung zu untersuchen und, falls solche sich vorfinden, die gleiche Anzeige zu erstatten.

3. Eine Anzeigepflicht besteht nicht, wenn eine nach diesem Gesetze ausreichende Anzeige bereits früher erstattet worden ist.

4. Verletzungen der Anzeigepflicht werden mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bis zu vier Wochen bestraft.

§ 4. 1. Lehrer (Lehrerinnen), welche gelegentlich des zur Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht erteilten Unterrichts oder des Ersatzunterrichts hierfür bei ihren Schülern Verkrüppelungen wahrnehmen, sind verpflichtet, diese Schüler namhaft zu machen.

§ 5. Ärzte, sowie solche Krankenpflegepersonen und sonstige Fürsorgeorgane, welche gelegentlich ihrer Berufsausübung bei jugendlichen Personen unter 18 Jahren die Anzeichen drohender Verkrüppelung beobachten, sind verpflichtet, diese der in § 6 dieses Gesetzes bezeichneten Stelle namhaft zu machen.

§ 6. Die in §§ 3, 4, 5 vorgesehenen Anzeigen sind an das zuständige Jugendamt zu richten. Für den Zeitraum, bis alle Stadt- und Landkreise auf Grund gesetzlicher Bestimmungen Jugendämter haben, bestimmt der Minister für Volkswohlfahrt im Verordnungswege die Stelle, an welche die Anzeige zu richten ist.

§ 9 geht näher auf den Begriff der Verkrüppelung ein. Danach ist eine Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes vorhanden, wenn eine Person im Gebrauche ihres Rumpfes (wozu auch der Kopf gehört) oder ihrer Gliedmaßen nicht nur vorübergehend derart behindert ist, daß ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird.

Recht ausführliche Ausführungsbestimmungen gibt der preußische Wohlfahrtsminister in der in der „Volkswohlfahrt“ Nr. 9 vom 1. August 1920 abgedruckten Ausführungsanweisung vom 26. Juli 1920, aus der folgendes hier mitgeteilt sei:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Verpflichtung zur Anstaltsfürsorge umfaßt lediglich die armenrechtlich hilfsbedürftigen Krüppel. Die Fürsorge bei Krüppeln unter 18 Jahren umfaßt auch ihre Erwerbsbefähigung, die notfalls über das 18. Lebensjahr hinaus und auch dann in Form der Anstaltspflege erfolgen kann, wenn diese an sich nicht geboten wäre.

„Das Krüppelheim ist eine Anstalt, in welcher durch gleichzeitiges Ineinanderarbeiten von Klinik, Schule, Berufsausbildung und Berufsberatung der Krüppel zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbständigkeit gebracht werden soll." Eine Verteilung auf verschiedene Anstalten soll geschehen.

Einzelne Heime sollen ausschließlich für die Aufnahme von Siechen oder Unheilbaren eingerichtet werden. Ebenso wie für hochbegabte kommen auch für psychopathische Krüppel besondere Abteilungen in Frage. Dagegen müssen aus den Vollheimen die Schwachsinnigen und Epileptiker entfernt werden, um solchen Fällen Platz zu machen, für die der kostspielige Aufwand des Anstaltsbetriebes nicht entbehrt werden kann. Wichtig ist für die Landarmenverbände die Schaffung einer Austauschmöglichkeit in dem Sinne, daß der eine Verband mit seinen Spezialanstalten dem anderen aushilft. Die schon vorhandenen Abteilungen für Knochen- und Gelenktuberkulosekranke sollen erweitert werden. Für alle Anstalten muß als Grundsatz gelten, daß Jugendliche mit Erwachsenen überhaupt nicht zusammengelegt werden; Ausnahmen können höchstens in Siechenanstalten für Erwachsene bis zum Lebensalter von 30 Jahren zugelassen werden. Es wird empfohlen, bestehende private Anstalten dadurch zu erhalten oder zu erweitern, daß ihnen durch Hergabe billiger Hypotheken, durch Gestellung von Schulkräften, durch Überweisung von Gelände und auf andere Weise, in Fällen augenblicklicher Not sogar durch Hingabe von Vorschüssen auf die Pflegegelder geholfen wird. An der Spitze der Krüppelfürsorgestelle muß ein Arzt stehen; ferner soll eine Fürsorgeschwester angestellt werden. Die Ärzte des Landarmenverbandes sollen von Zeit zu Zeit die einzelnen Fürsorgestellen aufsuchen. Über die Organisation der Krüppelfürsorgestelle und ihre Hauptpflicht, die Einleitung der notwendig erscheinenden Maßnahmen, werden eingehende Vorschriften gegeben. In manchen Bezirken, besonders in dichtbevölkerten Gegenden und in Stadtkreisen, kann die Krüppelfürsorge über den Kreis der gesetzlichen Aufgaben hinaus zur ambulanten Fürsorgestelle mit einer orthopädischen Poliklinik und Berufsberatung, nach Möglichkeit auch mit einer ambulanten Schule ausgebaut werden. Die Schulung der Personen, die nach dem Gesetz Anzeigepflicht besitzen, ist Aufgabe der mit der Ausführung des Gesetzes betrauten Instanzen. Die Anzeigen sind an den Kreisarzt zu richten. Der Kreisarzt muß den Krüppel in eine Krüppelstammliste eintragen und eine Abschrift der Anzeige der zuständigen Krüppelfürsorgestelle übersenden.

Die Prophylaxe wird als besonders wichtig bezeichnet und als am wichtigsten dafür die Ausbreitung ausreichender orthopädischer Kenntnisse in der Ärzteschaft selbst genannt. Die frühzeitigste Erkennung und ärztliche Behandlung erscheint notwendig. Die Hebammen und Impfärzte müssen ihr Augenmerk auf jede Verkrüppelung richten, ebenso späterhin die Lehrer, was durch besondere Verordnungen vom 9. und 10. September 1920 (Reichsanzeiger vom 20. September) festgelegt worden ist.

An weiteren gesetzlichen Maßnahmen der Jugendpflege sind zu verzeichnen:

Ein Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt über die Jugendpflege. Der Minister hat an die Oberpräsidenten, Regierungspräsidenten, Provinzialschulkollegien und Konsistorien einen Erlaß gerichtet, in dem er zunächst mitteilt, daß das Gesamtgebiet der Jugendpflege, das bisher dem Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung unterstellt war, auf das Volkswohlfahrtsministerium übergegangen ist. Der Erlaß richtet an alle Kreise die Bitte, „in der gegenwärtigen schweren Not unseres Vaterlandes sich der Jugendsache auch weiterhin in bewährter Treue und Hingabe anzunehmen, ihr neue zahlreiche Freunde und Mittel zu gewinnen und durch gesteigerte Liebe und Arbeit für das körperliche, geistige und sittliche Gedeihen der schulentlassenen männlichen und weiblichen Jugend unser Volk bald einem neuen Frühling entgegenführen zu helfen". Es wird vom Ministerium aus zugesagt, jede ernstgemeinte Jugendpflege ohne Ansehen der Religion (Konfession) und der politischen Stellung der Beteiligten auf alle mögliche Weise, auch durch Beihilfen aus den Jugendpflegefonds, zu fördern.

Die württembergische Regierung hat bekanntlich, was hier im Zusammenhang nochmals erwähnt sei, am 8. Oktober 1919 zwei wichtige Gesetze zum Ausbau der Jugendfürsorge erlassen: das Jugendamtgesetz und das Berufsvormundschaftsgesetz. Das Jugendamtgesetz entspricht ungefähr dem Gesetz, das im Juli 1918 für Preußen eingebracht worden war, infolge der Revolution aber nicht zur Erledigung gekommen ist, sowie den auf dem Jugendfürsorgetag von 1918 angenommenen Richtlinien. Den nach dem Gesetz zu errichtenden örtlichen Jugendämtern wird eine weit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehende polizeiliche Schutzaufsicht über alle gefährdeten Minderjährigen übertragen, sie sind Gemeindewaisenrat für die ihrer Zuständigkeit unterliegenden Kinder und übernehmen fast die gesamte Armenkinderpflege der bisherigen Ortsarmenverbände. Durch die Berufsvormundschaft für alle unehelichen und die getrennt von den Eltern auf öffentliche Kosten untergebrachten ehelichen Minderjährigen ist eine restlose Erfassung dieser Kindergruppen mit allen durch das Familienrecht gegebenen Möglichkeiten gewährleistet.

Die Staatsregierung von Sachsen-Weimar-Eisenach hat eine umfängliche und eingehende Neuregelung des Pflegekinderwesens vorgenommen, die mit dem 1. Oktober 1920 in Geltung getreten ist. Sie schafft eine weitgehende Überwachung der Pflegekinder und erstreckt sich auf alle Pflegekinder bis zum Alter von 14 Jahren, nimmt jedoch Kinder aus, die die Eltern nur zwecks Schulbesuchs in Pflege gegeben haben, und ermächtigt die Ortspolizeibehörden, bei ehelichen Kindern, die von den Großeltern, Geschwistern, Onkel oder Tante in Pflege genommen werden, auf Antrag wenigstens von einer Überwachung abzusehen. Dagegen findet die Verordnung auf Krankenanstalten, Krippen, Heime oder ähnliche Anstalten, die Kinder bis zum genannten Alter — sei es ständig oder auch nur stundenweise — in Pflege nehmen, im allgemeinen entsprechende Anwendung.

Von besonderer Wichtigkeit aber ist der neue Entwurf eines Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes, der erhebliche Beachtung verdient und u. a. auch von der Tagung der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge (am 9. Juni 1920 in Berlin) als bedeutender Fortschritt für die Gesamtorganisation der Jugendwohlfahrt begrüßt worden ist.

Der Entwurf (55 Paragraphen) lehnt sich an den preußischen Entwurf von 1918 und namentlich an das württembergische Gesetz vom 8. Oktober 1919 an und gibt grundsätzlich jedem Kinde (ehelichem und unehelichem) einen öffentlich-rechtlichen Anspruch gegen die Allgemeinheit auf körperliche, geistige und sittliche Erziehung als Ergänzung des bürgerlich-rechtlichen Anspruchs. Zur Erfüllung dieser neuen Aufgaben werden die Jugendwohlfahrtsbehörden errichtet, und zwar das Reichsjugendamt als oberste Behörde, das Richtlinien zu geben, Erfahrungen zu sammeln und für ihre Verwertung bei den Unterbehörden zu sorgen hat und von einem Reichsbeirat für Jugendwohlfahrt unterstützt wird. Die nächste Instanz sind die Landesjugendämter, von denen in größeren Gliedstaaten auch mehrere errichtet werden können und denen ebenfalls die Aufstellung von Richtlinien für die zweckentsprechende und einheitliche Tätigkeit der Jugendämter, die Mitwirkung bei der Unterbringung Minderjähriger und bei deren Fürsorgeerziehung sowie die Aufsicht über die in Betracht kommenden Anstalten zusteht. Die unmittelbar tätige, im Behördenaufbau unterste Stelle ist das Jugendamt, das einen sehr großen Aufgabenkreis hat, u. a.: Die Anregung, Schaffung und Förderung der der Jugendpflege dienenden Einrichtungen und Veranstaltungen, die Tätigkeit des Gemeindewaisenrats, die Mitwirkung im Vormundschaftswesen, der Schutz der Pflegekinder, die Fürsorge für hilfsbedürftige Minderjährige, die Jugendhilfe bei den Gerichts- und Polizeibehörden, die Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung, bei der Berufsberatung, bei der Ausgestaltung des Mutterschutzes und der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, bei der Wohlfahrtspflege der Schulkinder und der schulentlassenen Jugend, bei der Angleichung der Bestrebungen und Arbeiten der öffentlichen und der privaten Jugendfürsorge. Für die Annahme von Pflegekindern bedarf es nach dem Entwurf der Genehmigung des Jugendamtes, das auch ein weitgehendes Aufsichtsrecht haben wird und das Recht, sofort einzugreifen, um ein Kind anderweitig unterzubringen. Ein besonderer Abschnitt regelt ferner die Stellung des Jugendamtes im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vormundschaftswesen, es wird eine Amtsvormundschaft des Jugendamtes eingeführt. Die Unterstützung der hilfsbedürftigen Minderjährigen wird von der Armenpflege nach Tunlichkeit abgesondert und es wird das Jugendamt nicht des „Unterstützungswohnsitzes", sondern des jeweiligen Aufenthalts des hilfsbedürftigen Kindes zuständig. Besonders läßt sich der Entwurf auch die Frage der „Schutzaufsicht und Fürsorgeerziehung" angelegen sein und will für möglichste Verhütung der Fürsorgeerziehung durch rechtzeitige Schutzaufsicht sorgen. Die Schutzaufsicht dient dem Schutz und der Überwachung des Minderjährigen. Die Stellung des Helfers, der die Schutzaufsicht ausübt, deckt sich im großen und ganzen mit den Aufgaben des bisherigen Beistandes. Die bisher bestehenden Beistandsschaften werden daher in Zukunft verschwinden. Der Helfer hat demgemäß den Erziehungsberechtigten bei der Sorge für die Person oder das Vermögen des Minderjährigen zu unterstützen und zu überwachen. Er kann für alle Angelegenheiten, für gewisse Arten von Angelegenheiten oder für einzelne Angelegenheiten bestellt werden. Er hat dem Vormundschaftsgericht jeden Fall, in dem es zum Einschreiten berufen ist, unverzüglich anzuzeigen. Die Schutzaufsicht muß mindestens 6 Monate und darf höchstens 3 Jahre dauern.

Die Schutzaufsicht kann auch dem Jugendamt übertragen werden. Die Fürsorgeerziehung ist ganz neu geregelt und wird unter Mitwirkung des Jugendamtes ausgeführt.

Daß der Entwurf einen wesentlichen Fortschritt für die Jugendfürsorge bedeutet, wurde schon oben erwähnt, dieser liegt nicht allein in der Tatsache einheitlich reichsrechtlicher Regelung, sondern auch in der fortschrittlichen Gestaltung der Einrichtungen im einzelnen. Es sollte erwogen werden, ob nicht bezüglich des Mutterschutzes, des Fortbildungsschulwesens und der Krüppelfürsorge, wie Landgerichtsrat Bovensiepen in der „Soz. Praxis" hervorhebt, noch weiter gegangen werden sollte. Das mag Aufgabe der Beratungen des Gesetzes im Reichstage sein, von denen man die baldige Erledigung dieses Gesetzentwurfes wünschen muß. Vgl. auch die weiter unten aufgeführte Entschließung des „Archivs deutscher Berufsvormünder". Auch Konrad Agahd, der hervorragende Verfechter eines Kinderschutzes, gibt in der „Soz. Praxis" seiner Meinung Ausdruck, daß der neue Entwurf auch bezüglich der Frage der Kinderarbeit Gutes wirken könne. Ein Verbot der Kinderarbeit schlechthin, namentlich auf dem Lande, ist nach Agahd durchaus nicht am Platze. Er sagt:

„Selbstverständlich wird es Sache der Provinzial- bzw. Landesjugendämter sein, den Kreiswohlfahrtsämtern Richtlinien zugehen zu lassen, wie etwa sie darauf hinwirken müßten, daß Schulverband, Arbeitgeber und Elternbeirat im Einvernehmen mit dem Kreiswohlfahrtsamt sozialverständige, den örtlichen Verhältnissen angepaßte Arbeitsordnungen für die Beschäftigung der Kinder auszuarbeiten haben. Wo sich ein Schutz auf Grund des Tatsachenmaterials nicht als nötig erweist, darf ihn auch niemand künstlich konstruieren ... immer wieder muß daran erinnert werden, wie dringend nötig uns die Erhaltung und — oft genug — die Wiedererweckung des Fleißes, der Arbeitsfreude, die Stärkung des Arbeitswillens überall ist. Aus diesem Grunde sollte man an dem Arbeitsverhältnis der für die Eltern arbeitenden Kinder überhaupt nicht rütteln."

„Ganz anders, wenn das Kind für einen fremden Arbeitgeber, sei es beim Bauern, sei es auf dem Gute irgendwann und wie tätig ist. Hier könnten als Richtlinien für die örtliche Arbeitsordnung gelten:

1. Die regelmäßige Arbeit darf nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Eltern (des Vormundes, gesetzlichen Vertreters) geschehen. Kein fremdes Kind soll gezwungen werden, zur Arbeit zu kommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Kein Kind darf dem Schulunterricht zu Arbeitszwecken entzogen werden. Über Ausnahmen bei Notzuständen (Verderbnis der Früchte usw.) entscheidet die Regierung.
3. Versäumnisse sind schwer zu bestrafen. (Da Einwilligung der Eltern — Ziffer 1 — vorliegt, ist die Strafe von diesen zu tragen, so daß sie sich daran gewöhnen müssen, Schule vor Erwerb zu stellen.)
4. Vor Beginn des 12. Lebensjahres soll kein Kind von einem fremden Arbeitgeber beschäftigt werden. (Ausnahmen sind örtlich, durch die Arbeitsordnung, zu regeln.)
5. Die Arbeitszeit ist an Tagen mit Schulunterricht auf die Nachmittagsstunden zu verlegen. (Ist eine Festlegung und Verteilung möglich, so gehört es in die Arbeitsordnung.)
6. Ganze Tagesleistungen dürfen von den Kindern auch während der Ferien in Feld- und Gartenarbeit nicht verlangt werden. Als Höchstmaß mögen 6 Stunden gelten, Festlegung und Verteilung Ziffer 4. — (Sie mag schwierig sein, ist aber möglich auf Gütern. Unmöglich erscheint sie mir in Bauernwirtschaften. [Hier wäre auf unbedingte Mittagspause zu achten.])
7. a) Die Beschäftigung schulpflichtiger Mädchen bei fremden Arbeitgebern zur Anlernung für häusliche Dienste darf erst von Beginn des 12. Lebensjahres ab geschehen und sollte auf den Gütern im Gruppenwechsel erfolgen.
   b) Höchstmaß der Arbeitsdauer zu a) während des Schultages und des schulfreien Tages 4 Stunden, sonst wie bei Knaben.
8. Mädchen für Kinderwartung und Aufwartedienste Höchstmaß 4 Stunden.
9. Regel sollte sein, daß kein noch schulpflichtiges Kind außerhalb des Wohnortes seiner noch lebenden Eltern eine Arbeitsstelle antritt, die zum Wechsel des Haushaltes zwingt. Liegen Notgründe vor — wirtschaftlicher oder gesundheitlicher Art — so muß ein Pfleger bestellt werden. Ob Notgrund vorliegt, entscheidet das Kreisjugendamt nach Anhörung des Gemeindewaisenrates und des Arztes.
10. Akkordarbeit ist zu beseitigen: die angemessene Entschädigung ist in der Arbeitsordnung als Mindestlohn festzulegen. Fleiß kann durch Zulagen belohnt werden und ist durch Prämien (Bücher, Gegenstände) und öffentliches Lob anzuerkennen.
11. In die Arbeitsordnung sollen die gesetzlichen Bestimmungen betr. das Verbot der Beschäftigung Jugendlicher an Motoren, Göpeln, Dampfmaschinen und die Paragraphen der Haftpflichtbestimmungen aufgenommen werden.

Nach persönlichen Beobachtungen in Westpreußen, Pommern, Brandenburg und Niederbayern sind die Gefahren, daß arbeitende Kinder auf dem Lande zu stark ausgenutzt d. i. ihrer körperlichen Entwickelung nicht entsprechend zur Arbeit herangezogen werden, durchaus geringer, wie das vor 15 und mehr Jahren der Fall war." Der Arbeits- und Wirtschaftslernschule spricht Agahd dann das Wort (vgl. „Soz. Praxis" 1920, Nr. 52).

Handelte es sich hier im wesentlichen um Landarbeit, so ist das Urteil über die Industriearbeit natürlich ein anderes. Und auch hier liegt eine neue Arbeit von Gewerberat Dr. Bender über den Schutz der gewerblich tätigen Jugend[1]) vor.

Wie wir einem Referat von Dr. Edith Oske in der „Soz. Praxis" Nr. 51 entnehmen, behandelt diese Schrift die Beschäftigung der Kinder in den Jahren 1914 bis 1918 nach den amtlichen Berichten und erörtert außerdem eingehend die Mitwirkung der Schule und gemeinnütziger Vereine bei der Durchführung des Kinderschutzgesetzes. Ausführlich beschäftigt sich der Verfasser in diesem Zusammenhang mit der Mitwirkung der Schulpflegerin, wie sie bereits in Charlottenburg seit geraumer Zeit zur Durchführung gelangt. Der besondere Vorzug dieser Methode liegt vor allem auch in der hier gegebenen Möglichkeit zu einer individualisierenden Behandlung der einzelnen Fälle, wie sie als Voraussetzung eines wirksamen Kinderschutzes gelten muß. Welche Bedeutung einer Neugestaltung bei der Durchführung des Kinderarbeitsschutzes zukommen könnte, das lassen die amtlichen Berichte über die Kinderarbeit während der Kriegsjahre, die Bender wiedergibt, mit aller Deutlichkeit erkennen. Sie bedeuten ein offenes Eingeständnis, daß die bisherige Methode nicht zum Ziele führt. Aus den Kriegsjahren wird in zahlreichen Bezirken über die Überlastung der Kinder nach Art und Dauer

[1]) Fortschritte des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge. Vierteljahrshefte des Archivs der Berufsvormünder herausgegeben von Prof. Dr. Klumker. 2. Jahrg., Heft 4, Gewerberat Dr. A. Bender, Der Schutz der gewerblich tätigen Jugend. Berlin, Julius Springer, 1920.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Tätigkeit berichtet, über ihre Verwahrlosung und über die völlige Ohnmacht der Gewerbeaufsicht, diese Übelstände abzustellen. Der zweite Teil der Schrift beschäftigt sich mit den jugendlichen Arbeitern. Er gibt zunächst einen Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen, schildert die Beschäftigungsverhältnisse auf Grund der Berichte der Gewerbeaufsichtsbeamten und geht sodann auf den Schutz gegen die Betriebsgefahren, auf die Lehrlingsausbildung, die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung ein. Der Verfasser berücksicht besonders die fürsorgerischen und pädagogischen Seiten dieser Fragen. So betont Dr. Bender bei der Behandlung der Betriebsgefahren die Notwendigkeit, die Arbeiterschaft selbst in höherem Maße zur Mitwirkung bei der Unfall- und Krankheitsverhütung heranzuziehen. Die Berücksichtigung dieser Fragen im Fortbildungsschulunterricht oder die Einführung von Kursen und Einzelvorträgen, wie sie Dr. Bender empfiehlt, stellt einen wichtigen Weg dazu dar.

Die Bedeutung der Washingtoner Beschlüsse für die Regelung der gewerblichen Kinderarbeit in Deutschland behandelt die eben genannte Dr. Edith Oske ebenfalls in der „Soz. Praxis" (Nr. 43). Sie bespricht diese Bedeutung im einzelnen, worauf hier nicht näher eingegangen werden soll. Wenn die Angleichung der deutschen Vorschriften an das internationale Übereinkommen geschehen soll, so handelt es sich im wesentlichen darum: 1. Das in der Gewerbeordnung enthaltene Verbot der Fabrikarbeit auf alle Kinder unter 14 Jahren auszudehnen; 2. die durch das „Gesetz betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben vom 30. März 1903" nur beschränkte Beschäftigung von Kindern in Werkstätten und im Verkehrsgewerbe gänzlich zu verbieten mit Ausnahme der Kinderarbeit in reinen Familienbetrieben.

Zum Schluß ist noch einiger Tagungen auf dem Gebiete der Jugend- und Kinderfürsorge zu gedenken.

Die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge hielt unter dem Vorsitz von Dr. Polligkeit (Frankfurt a. M.) in Berlin ihre Mitgliederversammlung ab, an der Vertreter der Reichs- und Staatsbehörden und zahlreiche Vertreter der Jugendfürsorgeorganisationen und Jugendämter teilnahmen. Die zum Teil durchgeführte, zum Teil noch in der Durchführung begriffene Neuorganisation der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge, die den Übergang der praktischen Groß-Berliner Einzelarbeit auf die Jugendämter bedeutet, wurde von allen Seiten begrüßt. In der auf die Mitgliederversammlung folgenden Konferenz wurde zu dem Entwurf eines Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes Stellung genommen. Die einleitenden Referate hielten Professor Klumker (Frankfurt a. M.) und Direktor Dr. Riebesoll (Hamburg). In der Erörterung zeigte es sich, daß die überwiegende Mehrheit der Versammlung den Entwurf als einen bedeutenden Fortschritt betrachtet — trotz mancher Bedenken gegen einzelne Bestimmungen. Auch die Schwierigkeit der Kostenfrage der Jugendämter wurde eingehend erörtert und dem Wunsche Ausdruck gegeben, neben den ideellen auch alle materiellen Kräfte von Reich, Staat, Gemeinden und Privaten heranzuziehen und gleichlaufende Oganisationen zusammenzufassen. Zum Vorsitzenden wurde Staatssekretär a. D. Dr. Lisco gewählt.

Die Fürsorgetagungen in Jena vom 21. bis 28. September umfaßten mehrere Verbände und Organisationen, von denen wir hier nur die wesentlichen Resolutionen, soweit sie hier von Interesse sind, mitteilen können:

Der Deutsche Kinderschutzverband faßte folgende Entschließung:

„Unter dem Eindruck der auf Grund der Erfahrungen der Teilnehmer gewonnenen Einsicht in die nach Umfang und Folgen geradezu katastrophalen Schädigungen der deutschen Kinder durch den Krieg fühlt sich die Versammlung gleichwohl veranlaßt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht nur das ganze deutsche Volk als solches, sondern auch jeden einzelnen eindringlich an die menschlichen und staatsbürgerlichen Pflichten zu erinnern, die jeder Erwachsene dem Kinde und der Jugend gegenüber hat. Die Tagung zeigte sich einmütig und entschlossen in der Auffassung, daß die großen, schwierigen und vielgestaltigen Aufgaben des vorbeugenden Kinderschutzes nur in gemeinsamer Arbeit von Staat, Gemeinden und Organen der freien Liebestätigkeit befriedigend gelöst werden kann."

Die Tagung des Archivs deutscher Berufsvormünder stellte nach Vorschlag von Prof. Klumker und Dr. Berndt (Frankfurt a. M.) für die Stellung des unehelichen Kindes im künftigen Reichswohlfahrtsgesetz die folgenden Leitsätze auf:

„I. Es ist mit Genugtuung zu begrüßen, daß der Entwurf eines Reichswohlfahrtsgesetzes die Berufsvormundschaft für alle unehelichen Kinder vorsieht, weil damit der öffentliche Erziehungsschutz für diese Kinder auf eine sichere Grundlage gestellt wird. — Dagegen sollte in diesem Gesetze die öffentliche Versorgung der Kinder von den Formen und Einrichtungen der Armenpflege völlig losgelöst werden. Das uneheliche Kind muß vom Jugendamt aus öffentlichen Mitteln jederzeit den Unterhalt bekommen, der von den Verpflichteten nicht rechtzeitig geleistet wird. — Die öffentliche Unterhaltsleistung ist von den Verpflichteten dem Jugendamte zu erstatten; die erziehliche Verwendung dieses Vorschusses ist insbesondere durch die pflegliche Aufsicht der Vormundschaft zu sichern.

II. Aus rechtlichen und sozialen Gründen, wie insbesondere auch mit Rücksicht auf die Erhaltung der Volksgesundheit, ist die rechtliche Stellung des unehelichen Kindes auf dem Gebiete des Zivilrechts baldigst neu zu regeln. Für die Neuregelung haben folgende Grundsätze zu gelten:

Uneheliche Kinder, deren Väter festgestellt sind — sei es durch Anerkennung oder durch Urteil —, sind verwandt mit dem Vater und der Mutter sowie mit den Verwandten des Vaters und der Mutter. Namensrecht, Unterhaltsanspruch und Erbrecht sind in derselben Weise zu regeln wie bei den ehelichen Kindern, soweit nicht aus der besonderen Stellung der unehelichen Kinder und aus Rücksicht auf die Familie Abweichungen unvermeidlich sind. Die Regelung der Rechtsverhältnisse des unehelichen Kindes hat nach Möglichkeit im Offizialverfahren, im Bestreitungsfalle durch den Vormundschaftsrichter, zu erfolgen. — Uneheliche Kinder, deren Väter nicht festgestellt sind, haben Unterhaltsansprüche gegen alle, die während der Empfängniszeit der Mutter beigewohnt haben. — Eine völlige Gleichstellung der ehelichen Kinder mit den unehelichen ist praktisch unmöglich."

Die auf dem 5. Deutschen Jugendgerichtstag der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge gefaßte Entschließung lautete:

„Die zum 5. Jugendgerichtstag in Jena Versammelten begrüßen den Entwurf eines Jugendgerichtsgesetzes als Verwirklichung der auf dem 3. Jugendgerichtstag in Frankfurt a. M. aufgestellten Forderungen und betrachten ihn als geeignete Grundlage eines neuen Rechts, weil er den Erziehungsgedanken in den Vordergrund stellt, der das Verfahren gegen straffällige Jugendliche durchaus beherrschen muß. Sie äußern dazu noch folgende Wünsche:

1. Bei Übereinstimmung zwischen Jugendrichter und Staatsanwalt ist von Erhebung einer Anklage und Durchführung eines Strafverfahrens abzusehen.
2. Die Stellung einer Bewährungsfrist ist in jedem Abschnitt des Verfahrens zu ermöglichen; vor Erhebung der Anklage, bei Urteilserlaß und nach Fällung des Urteils.
3. Erziehungsmaßnahmen, insbesondere Fürsorgeerziehung, sind nicht durch Strafurteil anzuordnen.
4. Es ist zu erstreben, daß ein Strafverfahren am Orte des gewöhnlichen Aufenthalts des Jugendlichen zur Durchführung kommen kann, und daß die vormundschaftsgerichtlichen Befugnisse möglichst frühzeitig auf den Jugendrichter übergehen, spätestens mit der zu fordernden richterlichen Vorvernehmung."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besprechungen.

M. Hirsch. Über das Frauenstudium. Eine soziologische und biologische Untersuchung auf Grund einer Erhebung. Archiv für Frauenkunde und Eugenetik, Bd. 5 und 6. Auch als Buch in 6 Kapiteln im Verlage von Kabitzsch, Leipzig.

Der Verf. behandelt Geschichte, Soziologie, Statistik, Biologie und Hygiene des Frauenstudiums und die Beziehungen zwischen Frauenstudium und Mutterschaft, und zwar nicht nur unter Berücksichtigung des selbsterhobenen, sondern alles erreichbaren Materials.

Die Erhebung hat unter den Folgen des Krieges und der Revolution gelitten, erstreckt sich auf 752 von mehreren Tausend Akademikerinnen. Die Beantwortung des Fragebogens, der in der Arbeit selbst nicht zu finden ist, hat verschiedenfach Abweisung erfahren, so daß der repräsentative Charakter des Materials, den der Statistiker verlangen muß, keineswegs gesichert ist. Auch methodisch ist mancherlei auszusetzen, so konstatiert der Verf., daß die Familien, aus denen die Akademikerinnen stammen, auffallend töchterreich sind. Dies ist durchaus begreiflich, da die verwerteten Familien ja mindestens eine Tochter haben mußten, um statistisch erfaßt zu werden. Sicher ist man auch nicht darüber, daß alle Geschwister der Akademikerinnen erfaßt wurden. Da es sich um 2628 Kinder mit 194 Schulkindern und 2299 Erwachsenen handelt, so könnten höchstens 135 = 5 Proz. gestorben sein. Daher ist auch die Beurteilung der Fruchtbarkeit in den Akademikerinnen liefernden Familien unsicher; das von mir aufgedeckte Prinzip der einseitigen Auslese des Materials nach der Fruchtbarkeit ist mit der Hinzuzählung von 10 Proz. kinderlosen Ehen wieder einmal keineswegs berücksichtigt, ein Versuch dazu würde im Gegensatz zu den Ansichten von Hirsch eine Unterfruchtbarkeit der Akademikerinnen liefernden Familien ergeben. Eine solche ist vom familienwirtschaftlichen Standpunkt aus verständlich, aber wegen der fraglichen Sicherheit der Angaben über die Familiengröße nicht erwiesen. Damit wird man allerdings einverstanden sein dürfen, daß, soweit eine Unterfruchtbarkeit bei diesen Familien bestehen sollte, und bei den Akademikerinnen zweifellos besteht, sie nicht auf einem Einfluß des Studiums auf die Fortpflanzungsfähigkeit beruht, sondern rein fakultativ ist.

Im Kapitel Biologie finden wir wenig exakte Feststellungen biologischer oder sozialbiologischer Art, so wird z. B. die bekannte Statistik von Thiersch über die Morbidität und Zahl der Krankheitstage bei Lehrern und Lehrerinnen angeführt. Die eigene Statistik von Hirsch stellt fest, daß sich mehr Akademikerinnen durch das Studium in ihrer Gesundheit gebessert als geschädigt fühlen. Dies ist auch begreiflich, da der Akademiker sich sein Leben zumeist nach seinen individuellen Bedürfnissen einrichten kann. Wenn im übrigen Hirsch feststellt, daß das akademische Studium der Frau besser bekommt als die anderen von ihr gewählten Berufe, so fällt dabei schwer ins Gewicht die Abstammung aus wirtschaftlich günstig gestellten Kreisen, und dasselbe wäre auch beim Manne feststellbar, wenn hier nicht die alten akademischen Sitten störend in Betracht kämen. Zu Vergleichen und weitgehenden Schlußfolgerungen berechtigt daher diese Feststellung auch nicht.

Die gemachten technischen Ausstellungen sollen aber dem Wert der Arbeit als eines Versuches zu großzügiger Beurteilung der Bedeutung des Frauenstudiums für die Frau selbst und die Nation keineswegs zu nahe treten. Wenn Hirsch schließlich zu dem Ergebnis gelangt, daß die Bewährleistung der Frau hinter der Mutterschaftsleistung zurücktreten muß, so wird man ihm vollständig beistimmen können.

Nicht vollständig geklärt, auch vom Standpunkt des Rassehygienikers, scheint mir die Stellungnahme zu dem Verhältnis zwischen Frauenstudium und Dekadenz oder Feminismus. Hier sind Worte stehen geblieben, die nach dem immerhin schmählichen Zusammenbruch des Verteidigungs- und Arbeitswillens mindestens einer Durchsicht benötigen. Ebenso dürfte die Betonung der Notwendigkeit vermehrter Frauenarbeit durch die Männerverluste des Krieges nicht gerade bei den akademischen Kreisen zutreffen. Die allgemeine Verschlechterung der Aussichten der Akademiker läßt eine starke Konkurrenz der Frau mit ihrer geringen akademischen Heirats- und Zeugungslust im Vergleich zum akademischen Mann weder für die männlichen Akademiker noch für die Gesamtheit als notwendig erscheinen. Eine Verschärfung der Zulassungsbedingungen für beide Geschlechter zum Studium und die Bevorzugung der Verheirateten bei der Anstellung wird eine teilweise Sanierung ermöglichen.

Trotz der nicht zu umgehenden Ausstellungen ist anzuerkennen, daß diese Arbeit die bedeutendste ist, welche bisher in der betreffenden Zeitschrift an Originalen erschien.

Weinberg (Stuttgart).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

R. O. Neumann. Die im Kriege 1914 bis 1918 verwendeten und zur Verwendung empfohlenen Brote, Brotersatz- und Brotstreckmittel unter Zugrundelegung eigener experimenteller Untersuchungen. 304 S. mit 5 Textabbildungen. Berlin, Jul. Springer, 1920.

Für alle, die sich eingehender mit der gegenwärtigen Brotfrage beschäftigen wollen, bildet diese ausführliche Darstellung Neumanns ein geradezu unschätzbares Hilfsmittel. Sie ermöglicht einen Gesamtüberblick über die im Kriege verwendeten und zur Verwendung empfohlenen Brote, Brotersatz- und Streckmittel, über die an ihnen gemachten Erfahrungen, die über sie angestellten Ermittelungen, und das, was wir daraus gelernt haben. Die vom Verfasser in den Jahren 1915 bis 1917 ausgeführten eigenen Untersuchungen, sowie die von anderen Seiten angestellten Versuche sind eingehend geschildert, aber auch alles Material, das bisher noch nicht exakt geprüft werden konnte, nebst den älteren Brotuntersuchungen ist zusammengestellt worden. Neben ausführlichster Darlegung der ernährungsphysiologischen Gesichtspunkte ist auch der Herstellung, Beschaffenheit und Brauchbarkeit der Brote ein weiter Raum gewidmet worden, ebenso wie die wirtschaftlichen Fragen und gesetzlichen Bestimmungen Platz gefunden haben. Ein größerer Abschnitt ist der Brotuntersuchung, den Methoden des Ausnutzungs- und Stoffwechselversuchs gewidmet und erscheint besonders wichtig in Anbetracht der vielen Punkte, die hier einer Klarstellung bedürfen. Die einschlägige Literatur ist auf das ausführlichste berücksichtigt und verarbeitet worden. Das Buch wendet sich in erster Linie an Ernährungsphysiologen, Hygieniker und Nahrungsmittelchemiker, dann aber auch an alle, die sich mit der Herstellung, Verarbeitung und — dem Konsum des Brotes beschäftigen. Möge es weiteste Verbreitung finden.

Dr. Berndt (Jena).

Otto Stölzel. Wohnungsgesetzgebung für Preußen. Das Wohnungsgesetz mit den ergänzenden Bestimmungen und dem Wohnungsnotrecht. Herausgegeben mit Anmerkungen. Zweite wesentlich vermehrte Auflage. 494 S. Berlin, Carl Heymanns Verlag, 1920. 50 M.

In der Einleitung behandelt der Verfasser, der als vortragender Rat im Ministerium des Innern tätig ist, die preußischen Verhältnisse, die zum Wohnungsgesetz und zur Bekämpfung des Wohnungsmangels führten. Das Wohnungsgesetz selbst wird von ihm in zahlreichen Fußnoten kommentiert. Den größten Teil des Buches nimmt ein Anhang ein, der in 44 Nummern alle einschlägigen Gesetze und Verordnungen bringt, die in Preußen auf dem Gebiete des Wohnungswesens erlassen worden sind. Den Hygieniker interessiert vor allem Nr. 29 des Anhangs, der den Entwurf zu einer Wohnungsordnung und zu einer Polizeiverordnung, die Unterbringung von Arbeitern in Massenquartieren betreffend, enthält. Es berührt wohltuend, daß in diesen Entwürfen betont ist, daß trotz aller Schwierigkeiten und bei aller Rücksichtnahme, die den aufsichtsführenden Organen empfohlen wird, die notwendigen hygienischen Maßnahmen nicht vernachlässigt werden sollen.

Die Brauchbarkeit des Buches ist schon dadurch erwiesen, daß nach so kurzer Zeit eine zweite Auflage notwendig wurde. Der Erhöhung der Seitenzahl von 184 auf 494 entspricht auch der Preis, der von 6 auf 50 M. erhöht worden ist.

Sauerteig.

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt 1918. Neue Folge. 8. Jahrg. 49. Bericht über die Zivilstandsbewegung, die Todesursachen und die ansteckenden Krankheiten im Kanton Basel-Stadt 1918. Bearbeitet vom Statistischen Amt in Verbindung mit dem Gesundheitsamt. Basel, J. Frehner, 1920.

Interessenten seien auf die Jahresübersicht aufmerksam gemacht. In Kürze möge hier nur erwähnt sein, daß 1918 das erste Jahr in Basel-Stadt ist, in welchem die Bevölkerung abgenommen hat. Der Grund lag in der schweren Influenzaepidemie, welche damals auch die Schweiz heimsuchte. Die überall gemachte Erfahrung von der andauernden Geburtenabnahme trifft auf Kanton Basel-Stadt gleichfalls in einschneidender Weise zu.

Merkel.

Grotjahn und Kriegel. Bibliographischer Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik. Bericht über das Jahr 1918. Veröffentl. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 11, Heft 1. 208 S. Berlin, R. Schoetz, 1920. Geh. 18 M.

Der Titel gibt den Inhalt der sehr sorgfältigen Literaturzusammenstellung an, die die einschlägigen Arbeiten nur zitiert, ohne sie zu referieren.

A.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel** und **Dr. S. Merkel**

Geh. Obermedizinalrat, Jena — Obermedizinalrat, Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark

Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 2

(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig

Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn

1921

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des zweiten Heftes.

Seite

Organisation der Jugendhilfe. 5. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920. Von Stadtbaurat Wolf in Hannover. (Mit 5 Abbildungen) 37

Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch die Geschwisterzahl und die soziale Lage der Eltern beeinflußt? Von Hans Reiter und Paul Helm 48

Statistische Unterlagen zur Rasse- und Krankheitsforschung der Juden. Von Dr. W. Schweisheimer in München 60

Besprechungen:

Hanauer: Die öffentliche Gesundheitspflege in Frankfurt a. M. Ihre Gegenwarts- und Zukunftsaufgaben. (Solbrig-Breslau) . 67

Richard Roeder: Die Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit im Verbande der Gesundheitsversicherung. (Solbrig-Breslau) . . 67

H. Blencke: Zur Frage der Hungerosteopathien. (Solbrig-Breslau) 68

Dietrich und Grober: Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens. (Spaet) 68

Frey: Das Gesundheitswesen im deutschen Verwaltungsgebiet von Polen in den Jahren 1914 bis 1918. (Abel) 69

Derselbe: Bilder aus dem Gesundheitswesen in Polen. (Abel) . . 69

Alfred Steinitzer: Körperliche Ertüchtigung durch Schule, Gemeinde und Staat eine nationale Lebensfrage. (Wagner-Jena) 70

Philalethes Kuhn: Gedenke, daß du ein deutscher Ahnherr bist. (Wagner-Jena) 70

Alex. Schackwitz: Über psychologische Berufs-Eignungsprüfungen für Verkehrsberufe. (Wagner-Jena) 70

H. Moeser: Alkoholismus, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. (Dresel-Heidelberg) 71

Max Marcuse: Die sexuologische Bedeutung der Zeugungs- und Empfängnisverhütung in der Ehe. (Dresel-Heidelberg) 71

Fritz Rott: Das Problem der Erfassung der fürsorgebedürftigen ehelichen Säuglinge. (Dresel-Heidelberg) 72

Robert Gaupp: Das sexuelle Problem vom psychologischen Standpunkt. (Dresel-Heidelberg) 72

G. Stümpke: Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. (Dresel-Heidelberg) 72

A. Dieudonné und W. Weichardt: Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. (Frau Dr. Rodler-Zipkin) 72

C. Diem: Sport. (Hüne-Jena) 72

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege

1921. Heft 2.

Organisation der Jugendhilfe.

5. Referat, erstattet auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Cassel am 14. September 1920.

Von Stadtbaurat Wolf in Hannover.

(Mit 5 Abbildungen.)

(Schluß.)

Für die Turnhallen haben sich im Laufe der Jahre bestimmte Formen und Ausmaße herausgebildet. Der einzige Mangel der Gebäude ist jedoch der, daß ihre Größe meist nicht ausreicht, um bei schlechtem Wetter in geringem Umfange auch leichtathletische Übungen und Turnspiele betreiben zu können. Das reiche Amerika ist daher dazu übergegangen, den Turnhallen solche Dimensionen zu geben, daß sie auch Gelegenheit zur Ausübung bestimmter Spiele bieten. Durch zweckmäßige Ausbildung von Galerien ist in diesen amerikanischen Turnhallen gleichzeitig eine Laufbahn angelegt. Auch in München hat der Männerturnverein eine Vereinsturnhalle in bedeutsamen Ausmaßen, mit Schwimmhalle usw., errichtet.

Die Idealform für eine Turnhalle ist stets die, wenn in unmittelbarer Verbindung mit ihr Spielplätze in ausreichenden Dimensionen angelegt werden.

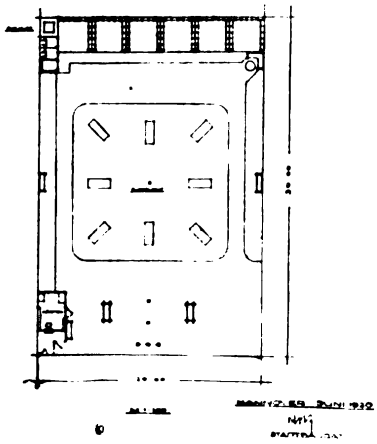
Für das Hallenschwimmbad hat sich ein mehr oder weniger einheitlicher Typ bereits herausgebildet, den ich im wesentlichen als bekannt voraussetzen darf. Die hohen Kosten der Hallenschwimmbäder werden es in den nächsten Jahren wohl nur wenigen Gemeinden ermöglichen lassen, ein neues Hallenschwimmbad zu errichten. Wir werden uns daher vorläufig bei neuen Anlagen auf die Schaffung der immerhin billigeren Schwimmbäder unter freiem Himmel beschränken müssen, die, wenn auch nicht im Winter, so doch im Sommer das Hallenschwimmbad entbehrlich machen können. In größeren Städten wird man bei Neuanlage eines Schwimmbeckens unter freiem Himmel darauf bedacht sein müssen, daß als Maß für die Wettkämpfe 100 m Länge eingehalten wird. Wir haben in Hannover zurzeit ein Freiluftschwimmbad in Vorbereitung, das als ein größeres 100 m langes Schwimmbecken und zwei kleinere 20 : 40 m große Schwimmbecken gedacht ist, welche alle drei ihr Wasser der benachbarten Leine entnehmen. Mit einer Trennung der Geschlechter wird vorläufig in deutschen Schwimmbädern noch überall zu rechnen sein. Man kann aber diese Trennung in einem Schwimmbade mit schwimmenden Balken bewirken. Um Unglücksfälle und Zusammenstöße der von den Sprunggerüsten abspringenden Wettschwimmer mit den im Becken Schwimmenden zu verhüten, möchte ich empfehlen, die Bahn auf 110 m zu verlängern und die ersten 10 m durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einen Laufsteg von der eigentlichen Schwimmbahn zu trennen. Große Becken sollten lediglich für Schwimmer vorgesehen werden, und zwar derart, daß durch zwei schwimmende Balken drei besondere je 10 m breite Schwimmbahnen abgeteilt werden, von denen die beiden äußeren als Männer- bzw. als Frauenbad dienen, während die mittlere Schwimmbahn ausschließlich für sportmäßiges Schwimmen eingeräumt wird. Bei großen Schwimmfesten sollen die Balken auf die Seite geschoben werden, so daß die ganze Breite von 30 m zur Verfügung steht. In unmittelbarer Verbindung mit den Schwimmbecken sind ausreichende Sonnenbäder bzw. Sportluftbäder vorzusehen, die bei der Bedeutung der nackten Körperkultur bei keinem offenen Schwimmbad fehlen sollten. Kassen- und Wäscheräume, genügende Ankleidezellen gehören zu den notwendigsten weiteren Einrichtungen eines Schwimmbades. Außerdem wäre die Schaffung eines Versammlungs- und Erfrischungsraumes für alkoholfreie Getränke sehr erwünscht. Diese angeführten Räumlichkeiten können unter der überdeckten Zuschauertribüne ihre Anordnung finden. Weitere Erdtribünen sind notwendig, um für die Wettkampfbahn den Zuschauern Gelegenheit zu geben, die sportlichen Kämpfe zu verfolgen.

Infolge der unter den Schülern leider immer mehr zunehmenden Tuberkulose sind Bestrebungen im Gange, namentlich in den Großstädten Luftbäder zu schaffen, in welchen den tuberkulös verdächtigen bzw. disponierten Schülern und Jugendlichen Gelegenheit zur Abhärtung im Luftbade gegeben wird. Wir haben in Hannover in letzter Zeit derartige Anlagen in Vorbereitung. Das nebenstehende Bild (Abb. 3) zeigt eine Skizze für eine solche Anlage, die trotz aller Einfachheit heute den Betrag von 60 000 M. erfordert. Da in einer Großstadt eine solche Anlage nicht ausreicht, vielmehr eine ganze Reihe solcher Luftbäder erforderlich würden, so haben wir in Erwägung gezogen, mit einzelnen Sportvereinen Abkommen zu treffen dahingehend, daß dieselben uns Teile ihrer Sportplätze an bestimmten Tagesstunden für Luftbadzwecke zur Verfügung stellen und wir auf Kosten der Stadt die für die Luftbadzwecke noch notwendigen Maßnahmen treffen.

Abb. 3.



Luftbadtyp.

Den breitesten Raum nehmen für unsere Forderungen die Spiel- und Sportplätze ein, die am zweckmäßigsten mit anderen Einrichtungen verbunden, zur Anlage von Volksparks führen. Praktisch läuft dies Problem in erster Linie darauf hinaus, die für Stadt und Land erforderlichen Plätze für alle diese Einrichtungen zu schaffen, sowie unbebaute Flächen zu gewinnen, die man im Städtebau als Freiflächen bezeichnet.

Die Freiflächen im Organismus einer Stadt haben einen doppelten volkswirtschaftlichen Wert: einmal dadurch, daß sie einem Stadtgebiet durch ihr Vorhandensein als Luftspeicher dienen, als Lungen für die Wohnquartiere, auch ohne daß die Bevölkerung mit diesen Grünanlagen in Berührung kommt. Zum anderen haben diese Freiflächen einen Nutzwert,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegt ihr Wert darin, daß die Bevölkerung diese Flächen in Benutzung nimmt, sei es in Form von Spiel- und Sportplätzen, von Promenadenstraßen oder Erholungsparkanlagen für die tägliche Bewegung der Menschen. Der Hauptwert der Freiflächen liegt in ihrem Nutzwert, liegt darin, daß sie so gestaltet werden, daß sie zur Betätigung des Spiels und Sports und zur täglichen Erholung der Bewohner einer Stadt Verwendung finden können. Es besteht aber heute die betrübende Tatsache, daß fast an allen Orten die Jugend ohne geeignete Leibesübungen aufwächst. Verschiedene Organisationen, voran der Zentralausschuß für Förderung der Volks- und Jugendspiele in Deutschland, wirken schon seit Jahren in unermüdlicher Tätigkeit auf eine geregelte Körperpflege für die gesamte Jugend vom 7. bis 18. Lebensjahre hin, und auf die pflichtmäßige Teilnahme der Fortbildungsschüler am Turnen, Spielen und Wandern. Heute, nachdem die zweijährige Dienstpflicht in Fortfall gekommen und unsere Volkskraft auf das bedenklichste geschwächt ist, muß es unser vornehmstes Bestreben sein, genügend Spielflächen zu schaffen, damit das heranwachsende Geschlecht sich wieder kräftigen kann. Der deutsche Reichsausschuß für Leibesübungen, die Zentralkommission für Sport- und Körperpflege (Arbeiter Turn- und Sportvereine), sowie der Zentralausschuß für Volks- und Jugendspiele in Deutschland haben den gesetzgebenden Körperschaften einen Entwurf für ein Spielplatzgesetz, für ein Reichs- und Landesgesetz vorgelegt, der zur Beratung den gesetzgebenden Körperschaften vorliegt. Im § 1 des Reichsgesetzentwurfes soll der Reichskanzler ermächtigt werden, auf die Dauer von 30 Jahren Gemeinden und Kommunalverbänden bis zu einem Betrage von jährlich 10 Millionen Mark aus Reichsmitteln Zuschüsse zu gewähren zur Anlage und Einrichtung von Spiel- und Sportplätzen für die Schulen und fortbildungspflichtige Jugend und die Leibesübungen treibenden Vereine. Die zu gewährenden jährlichen Zuschüsse sollen in der Regel 20 v. H. der Anlagekosten oder den fünften Teil der Verzinsung des angelegten Kapitals nicht überschreiten. Sie werden nur unter der Voraussetzung gewährt, daß die Landesregierungen und die Gemeinden bzw. die Kommunalverbände sich mit jährlichen Beihilfen von mindestens gleicher Höhe beteiligen.

Die Gewährung des Reichszuschusses kann sowohl den Landesregierungen wie den Städten, Gemeinden und Kommunalverbänden gegenüber von der Erfüllung besonderer Bedingungen abhängig gemacht werden; im besonderen kann der Nachweis verlangt werden, daß die Ortsbehörden angehalten sind, auf den Kopf der Bevölkerung mindestens 3 qm nutzbare Spielfläche für das Spiel der Jugend und der Erwachsenen innerhalb ihrer Gemarkung oder in einer angemessenen Entfernung von dieser anzulegen, und daß die Beschaffung dieser Spielplätze in diesem Ausmaß längstens 30 Jahre nach Bekanntgabe dieses Gesetzes erfolgt.

Der Reichsfiskus (Militär- und Marineverwaltung) soll verpflichtet sein, die reichsfiskalischen Plätze und Kasernenhöfe, soweit es der militärische Dienst gestattet, den Gemeinden für die Übungen der Schuljugend und der Vereine unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Bei der Berechnung der Kosten ist angenommen, daß nur Gemeinden von mehr als 500 Einwohnern in das Spielplatzgesetz einbezogen werden. Unter der Annahme, daß nur ein Viertel der notwendigen Spielplätze in Deutschland vorhanden sind, wäre neu zu schaffen eine Spielplatzfläche von insgesamt 100 Millionen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Quadratmetern. Veranschlagt man die Grunderwerbskosten auf 1 M. für 1 qm Spielplatz und die Herstellungskosten auf 15 M., so ergibt sich folgender Geldbedarf;

Grunderwerbskosten	100 Millionen Mark
Herstellungskosten	1500 „ „
	1600 Millionen Mark

Da das Bauprogramm auf 30 Jahre verteilt werden soll, so wären für neue Spielplätze jährlich insgesamt 1600 Millionen Mark : 30 = rund 55 Millionen Mark auszugeben. Diese Summe soll bis zu 10 Millionen Mark vom Reich, bis 10 Millionen Mark von allen Ländern und bis zu 35 Millionen Mark von den Kommunalverbänden aufgebracht werden. Zum Vergleich dieser Summe mag angeführt werden, daß für die vorwiegend geistige Erziehung der Jugend in Volks-, Mittel- und höheren Schulen im Jahre 1911 im Reiche 878 Millionen Mark ausgegeben wurden. Wenn demgegenüber eine jährliche Forderung von 55 Millionen Mark für die körperliche Ertüchtigung unserer Jugend gestellt wird, so kann man bei der heutigen ernsten Lage der Volksgesundheit und angesichts der drohenden Verkümmerung unserer Rasse diese Forderung nicht als zu weitgehend bezeichnen. Auch der französische Senat hat sich kürzlich mit einem Gesetz beschäftigt, durch das die körperlichen Übungen, Erziehung und Ausbildung der Jugend zwangsweise eingeführt werden soll. Wie eine Wehrpflicht, so soll künftighin in Frankreich auch eine Sportpflicht bestehen, und zwar für beide Geschlechter. Im deutschen Spielplatzgesetzentwurf soll gleichzeitig der Anteil der einzelnen Länder, sowie der Gemeinden und Stadtverwaltungen bei der Aufbringung der Mittel festgesetzt werden. § 1 des Entwurfes für ein Landesgesetz bestimmt, daß die Landesregierung ermächtigt wird, Gemeinden und Kommunalverbänden zu einem gewissen, anteilig zu berechnenden Betrage unter Zugrundelegung eines Gesamtbetrages von 10 Millionen Mark aus Staatsmitteln Zuschüsse zu gewähren für die Anlage und Einrichtung von Turn-, Spiel- und Sportplätzen für die Schul- und fortbildungsschulpflichtige Jugend und die Leibesübungen treibenden Vereine. Jede Gemeinde bzw. Kreisverwaltung ist verpflichtet, im Verhältnis zu ihrer Einwohnerzahl Spielplätze zur freien Benutzung anzulegen und zu unterhalten. Die Einrichtung der Turn-, Spiel- und Sportplätze muß gewissen Mindestforderungen entsprechen, worüber besondere Ausführungsbestimmungen getroffen werden. Die Beschaffung und Einrichtung der notwendigen Turn-, Spiel- und Sportplätze ist mindestens in einer 30jährigen Bauperiode durchzuführen. Die lange Zeitdauer von 30 Jahren ist gewählt worden im Hinblick auf die derzeitige überaus schlechte Finanzlage.

In den Ausführungsbestimmungen ist vorgesehen auf den Kopf der Bevölkerung 3 qm benutzbare Spielfläche anzulegen, und zwar 0,5 qm für das freie Spiel der Jugend bis zu 10 Jahren und 2,5 qm für das Pflicht- und freie Spiel der Schuljugend, der schulentlassenen Jugend und der Bürgerschaft.

Die Verteilung der Spielplätze innerhalb der Gemarkung hat nach der Besiedelungsdichte zu erfolgen, und zwar in dem Maße, daß jeder Anlage eine Einflußzone von 2 km zugewiesen wird. Innerhalb dieser Zone müssen die Spielplätze in einer Gesamtgröße von 3 qm Spielfläche auf den Kopf der umwohnenden Bevölkerung erreichen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von dem vorgeschriebenen nutzbaren Spielflächenraum muß angelegt sein: 25 Proz. in Plätzen zu 0,5 bis 1 ha, 25 Proz. in Plätzen zu 1 bis 2 ha, 50 Proz. in Plätzen zu 2 und mehr Hektar Größe. Bei kleinen Gemeinden ist ein Platz von 0,5 bis 1 ha Mindestforderung. Alle über 1 ha großen Spielplätze müssen dem öffentlichen Verkehr entzogen werden.

Zur Mindestausstattung der Spielplätze gehört: a) für alle Plätze Kleiderablage, Geräteschuppen, Waschraum, Aborte und Bewässerungsanlage; b) für die Plätze mit 1 ha und mehr nutzbarer Spielfläche eine Rundlaufbahn und Hindernisbahn, eine ungeteilte Spielfläche von 65 × 100 m Mindestgröße, Raum für volkstümliche Übungen, Beleuchtung; c) wünschenswert für die größeren Plätze sind: Turnhalle, Schwimmbahn, Eislaufbahn.

Die im Reichs- und Landesgesetz vorgesehenen Zuschüsse können auch bewilligt werden für Turnhallen und andere öffentliche Anlagen der Gemeinden zur Pflege volkstümlicher Leibesübungen.

Bei jeder Aufstellung eines Bebauungsplanes sind für Spielplätze als nutzbare Spielfläche 3 qm auf den Kopf der Bevölkerung, die in dem betreffenden Gemeindegebiet nach völligem Ausbau wohnen wird, zur Verfügung zu stellen, falls nicht in den Nachbargebieten genügend Spielplätze vorhanden sind. Ausgenommen sind diejenigen Bebauungspläne, die sich auf ein Gebiet zwischen zwei Straßenzügen beziehen.

Hierbei sind die Zuschüsse von Reich, Staat und Kommunalverbänden auf die Kosten der Spielplatzanlage zu beschränken, während die Kosten der Beschaffung des Grund und Bodens den Gemeinden obliegen.

In denjenigen Gebieten, für die bereits ein Fluchtlinienplan aufgestellt bzw. bei denen die Bebauung durchgeführt ist, soll die Gemeinde dafür sorgen, daß noch nachträglich Spielplätze im Ausmaß von 3 qm pro Kopf der Bevölkerung angelegt werden. Soweit innerhalb des Weichbildes der Gemeinden nicht das Ausmaß zu erreichen ist, kann in geeigneter Entfernung über die Gemarkung hinausgegangen werden. Für solche Plätze werden Zuschüsse des Reiches, des Staates und der Kommunalverbände auch für den Grunderwerb geleistet.

In das Ausmaß von 3 qm können Schulhöfe und Exerzierplätze eingerechnet werden, soweit sie für Spielplätze tatsächlich geeignet sind, dafür zur Verfügung stehen und die dafür nötigen Einrichtungen aufweisen.

Den Berechnungen des Spielplatzgesetzes zugrunde gelegt sind die Zahlen, die Stadtbaurat Dr. Wagner, Schöneberg, in seiner Schrift über „Städtische Freiflächenpolitik“ ermittelt hat, sowie meine Zahlen, die ich in einer im Auftrage des Zentralausschusses für Volks- und Jugendspiele in Deutschland im Jahre 1917 veröffentlichten Abhandlung über „die Grundsätze für die Berechnung der erforderlichen Freiflächen für städtische Bebauungspläne“ errechnet habe.

Während man bis vor wenigen Jahren einen Maßstab für den Umfang der zu schaffenden Freiflächen nicht besaß, sich vielmehr damit begnügen mußte, die Schaffung von Spielplätzen mit allgemeinen Schlagwörtern abzutun, ist nunmehr den Gemeinden und Städten durch die dem Entwurf zum Spielplatzgesetz zugrunde gelegte Forderung von 3 qm Spielplatzfläche auf den Kopf der Bevölkerung (die eine Mindestforderung darstellt) eine Grundlage gegeben für die weitere praktische Spielplatzpolitik.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Spielplatzlösung selbst muß in engster Verbindung mit dem Bebauungsplan einer Stadt planmäßig erfolgen.

Ein städtischer Bebauungsplan hat vier verschiedene Arten von Freiflächen zu unterscheiden, die planmäßig und als dauernde organische Bestandteile demselben einzufügen sind: 1. Erholungsparkanlagen, 2. Spiel- und Sportplätze, 3. Stadtwälder, 4. Promenadenstraßen, die als Grünstreifen die Parkanlagen, Spiel- und Sportflächen und Stadtwälder unter sich und mit den einzelnen Wohn- und Arbeiterquartieren der Stadt verbinden.

Die Abbildung[1]) zeigt ein Diagramm für die Formgebung einer Großstadt; die schraffierten Flächen bedeuten die Bebauung, und zwar entspricht die Stärke der Schraffur der Dichtigkeit der Bebauung. Die Dichtigkeit der Bebauung nimmt also nach der Peripherie zu ab. Der mittlere stark schraffierte Ring bedeutet die Altstadt, die Geschäftsstadt. Die kleinen Kreise im äußeren Ring bedeuten die ländlichen Vororte mit weiträumiger, ländlicher Besiedelung, die starken schwarzen, radial angelegten Striche Radialverkehrsstraßen oder Ausfallstraßen, sie bilden die direkte Verbindung der Vororte und Außenbezirke mit der Innenstadt. Die strichpunktierten kreisförmigen Linien stellen die Tangential- oder Ringstraßen dar; sie verbinden die einzelnen Verkehrszentren der Außenbezirke unter sich. Die schwarzen Punkte im Schnittpunkt der Radial- und Tangentialstraßen bedeuten die einzelnen Verkehrszentren der einzelnen Stadtteile. Dieses Gerippe ist im Diagramm planmäßig durch ein System von Grünflächen durchdrungen; die Felder und Auen an der Peripherie umgeben ringförmig die Stadt, und von ihnen aus dringen radiale Grünstreifen als Promenadenstraßen ins Innere der Stadt, um den Bewohnern der Stadt Gelegenheit zu geben, auf dem kürzesten Wege im Grünen nach den Wäldern und Auen an der Peripherie der Stadt zu gelangen und umgekehrt von den ländlichen Vororten an der Peripherie der Stadt nach dem Stadtinnern zu kommen. Außerdem sind die einzelnen Wohnbezirke derart von Grünflächen durchzogen, daß jeweils im Innern eines Wohnquartiers, entfernt von den Verkehrsstraßen Grünflächen liegen, die in erster Linie als Spiel- und Sportplätze anzulegen wären. Von diesen einzelnen Grünflächen im Innern der Wohnbezirke verlaufen dann radial und ringförmig Promenadenstraßen derart, daß jeweils eine Verbindung mit der Peripherie und dem Stadtinnern einerseits und mit den vorhin erwähnten radialen Promenadenstraßen andererseits hergestellt wird. Dadurch wird es möglich, jedem einzelnen Wohnviertel Grünflächen so einzufügen, daß jeweils nur ganz kurze Wege von den Wohnungen nach einem Spielplatze, einer Erholungsparkanlage oder einer Promenadenstraße zurückzulegen sind. Dieses Diagramm stellt natürlich eine Idealforderung dar, die in den heutigen Großstädten in der Hauptsache nur noch bei neuen Stadtvierteln durchgeführt werden kann. Denn schon jetzt beträgt in diesen Städten der Besiedelungsradius mehrere Kilometer, und in Städten wie Berlin und Hamburg sind die Wälder und Wiesen an der Peripherie vom Innern aus nur mit Straßenbahn und Schnellbahn zu erreichen.

Es ist nicht immer möglich und auch nicht erforderlich, daß die verschiedenen Freiflächenarten streng voneinander getrennt und jede für sich angelegt wird. Notwendig ist aber, daß die einzelnen Arten von Freiflächen

[1]) Hier nicht wiedergegeben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jeweils den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und ihre Nähe nicht die Zweckbestimmung einer anderen, unmittelbar benachbarten Freifläche stört. Vor allem aber ist darauf zu achten, daß die Erholungsparkanlagen, Spiel- und Sportplätze im Innern der Wohnquartiere abseits von den lärmenden, staub- und rauchentwickelnden Verkehrsanlagen und Industriequartieren angelegt werden.

Die Spiel- und Sportplätze können in folgende zwei Gruppen geschieden werden: 1. Spielplätze für die kleinen Kinder, insbesondere Sand- und Kiesplätze; 2. Rasenplätze als Spiel- und Sportplätze.

Für die Zwei- bis Sechsjährigen sind in erster Linie Sandspielplätze anzulegen mit den erforderlichen Sitzplätzen für die Begleitpersonen der Kinder. Auch für die sechs- bis zehnjährigen Kinder sind, und zwar für das tägliche freie Spiel, zum Teil Sandspielplätze vorzusehen. Ferner für diese Gruppe und einen anderen Teil der Zwei- bis Sechsjährigen Planschbecken, Schaukeln, Rutschbahnen, Wippen, Turnplätze und andere Plätze für volkstümliche Spiele. In den folgenden Bildern möchte ich einige Typen von Kleinkinderspielplätzen vorführen. Diese Plätze nehmen im Vergleich zur nächsten Gruppe, den Rasenspielplätzen, nur einen bescheidenen Umfang ein. Die Sand- und Kiesplätze sollen in der Regel nicht mehr als 1 km von den Wohnungen entfernt sein (sogenannte Kinderwagenentfernung). Vernünftige Kleinkinderspielplätze sollten in erster Linie im Innern der ohne Seitenflügel und Quergebände zu errichtenden Häuserblocks angelegt werden, da hier die Kinder zur Not auch ohne Aufsicht Erwachsener gefahrlos spielen können. Daneben ist jedoch in ausreichendem Maße für die Anlage öffentlicher Kleinkinderspielplätze zu sorgen.

Für die schulpflichtigen Kinder bis zu 14 Jahren, für die über 14 Jahre alten Schüler höherer Lehranstalten und für die Erwerbstätigen von 14 bis 17 Jahren sind Spielplätze als Rasenplätze, sowohl für die pflichtmäßigen Schulspiele als auch für das tägliche freie Spiel erforderlich. Rasenplätze für die Sportvereine kommen vorwiegend für die Altersklassen von 17 bis 30 Jahren in Betracht. Die Rasenplätze dürfen, um dauernd gut gepflegt werden zu können, nur jeden zweiten Tag für das Spiel freigegeben werden, die Flächenausdehnung dieser Plätze ist daher entsprechend zu bemessen. Eine stärkere Ausnutzung ist jedoch auf der anderen Seite dadurch möglich, daß stundenplanmäßig ein und derselbe Spielplatz von verschiedenen Altersklassen benutzt wird; z. B. können die Rasenplätze für die schulpflichtige Jugend von dieser in den Nachmittagsstunden von 2½ bis 6½ und von den Erwerbstätigen (den Fortbildungsschülern) in den Abendstunden von 6½ bis 8½ in Anspruch genommen werden. Letztere Gruppe könnte dieselben Plätze außerdem am Sonntag für das freie Spiel benutzen. Die Sportplätze der über 17jährigen können, da auf ihnen nur in den Abendstunden von 6½ bis 8½ gespielt wird, täglich in Benutzung gegeben werden.

Die Rasenspiel- und Sportplätze sollen nicht mehr als 2 bis 3 km von den Wohnungen entfernt sein. Hieraus ergibt sich bei ausgedehnten Stadtgebieten die Notwendigkeit einer Dezentralisation der Spielplätze, etwa derart, daß für die inneren Stadtteile ein oder mehrere Spielplätze in nicht zu großer Entfernung von der inneren Stadt angelegt werden, während für die Vorortgebiete besondere Spielplätze vorzusehen sind. Den Rasen-, Spiel- und Sportplätzen ist tunlichst rechteckige Form zu geben, um tote Ecken

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu vermeiden. Für die Länge und Breite der Spielplätze sind die Maße für Fußball (75 × 110 m) und für Schlagball (30 × 75 m), für Erwachsene 90 bis 100 m Platzlänge grundlegend. Es empfiehlt sich, die Spielwiesen und Promenadenwege mit doppelten Baumreihen zu umgeben und die Spielplätze etwa ½ m tiefer als die Wege zu legen. Dringend wird empfohlen, die Rasenplätze da, wo es möglich ist, in unmittelbarer Verbindung mit Schulen anzulegen, so daß die nach den Vorschriften für Schulneubauten erforderlichen Schulhofflächen einen Teil dieser Rasenplätze bilden. Damit wird einmal eine zweckmäßige Verbindung von Schule und Spielorganisation geschaffen, zum anderen ergibt sich für den Städtebauer eine mit einfachsten Mitteln zu erreichende monumentale Wirkung im Innern der Wohnquartiere, die die Bedeutung von Schule und Jugendspiel zum äußeren künstlerischen Ausdruck bringt.

Eine großzügige Zusammenfassung all der vielgestaltigen Anlagen zur Förderung der Leibesübungen muß dringend angestrebt werden. Sie ermöglicht nicht allein eine bedeutende künstlerische Wirkung, die die volkswirtschaftliche Bedeutung der Körpererziehung unseres Volkes wiederspiegelt, diese Zusammenfassung ergibt vielmehr auch eine bedeutende wirtschaftliche Erleichterung, vor allem dadurch, daß an technischen Nebenanlagen, z. B. Straßenbauten, Ent- und Bewässerung, Unterkunftshallen usw., ferner an Unterhaltungskosten verhältnismäßig gespart wird. Eine weitere Ersparnis liegt schließlich darin, daß im Verhältnis ein geringer Aufwand an Personlkosten für die Aufsicht usw. erforderlich wird. Nicht allein die Schulen können hierbei in geeignete Verbindung mit den Spielwiesen gebracht werden, auch öffentliche Turnhallen, Wassersportanlagen, Sportluftbäder usw., Tennisplätze, Radrennbahn, Schießplätze u. dgl. mehr finden den geeigneten Rahmen im Volkspark und steigern diesen zu großzügiger Wirkung.

Daneben ist für Erfrischungen durch Errichtung von Parkwirtschaften, Milchtrinkhallen, Kaffeeschänken, Mineralwasserschankstätten, Ruhehallen usw. zu sorgen. In großzügiger Weise sind in Amerika mit den Volksparks Museumsbauten, Bibliotheken, Lesehallen, Pflanzenhäuser und andere Bildungsstätten verbunden. Das nebenstehende Bild[1]) zeigt eine Ruhehalle in einem amerikanischen Volkspark, das folgende Bild[1]) eine großzügige Anlage in Chicago, eine Wassersportanlage mit Yachthafen und Vergnügungspiers, die weit in den Michigansee hinausgebaut sind.

Für die eigentlichen Wettkämpfe ist es dringend erwünscht, an besonderer Stelle eines großen Spiel- und Sportplatzes bzw. eines Volksparks ein, wenn auch bescheidenes Stadion anzulegen. Die Lage dieses letzteren soll so gewählt werden, daß es mit Rücksicht auf den zu erwartenden Massenverkehr leicht und schnell zu erreichen ist. Seiner Bedeutung entsprechend muß das Stadion, für welches am besten die antike, oblonge Grundform mit abschließenden Halbkreisen gewählt wird, im Bebauungsplan markant in Erscheinung treten.

Nach den erörterten Grundsätzen werden nun zunächst die Stadtverwaltungen für ihre derzeitige Einwohnerzahl den Bedarf an Spielplätzen zu ermitteln und in ihrem Bebauungsplan entsprechende Freiflächen festzusetzen haben. Da die Vereinsspielplätze meist auf gepachtetem Grund und Boden angelegt werden, müssen sie bei fortschreitender Stadterweiterung

[1]) Hier nicht wiedergegeben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Regel weiter nach der Peripherie der Stadt verlegt werden. Dadurch entstehen naturgemaß auf die Dauer unnötige Herstellungskosten, die dann erspart werden können, wenn die Städte bebauungsplanmäßig Spielplätze festsetzen, die damit an dieser Stelle dauernd als Freiflächen organisch dem Stadtkörper eingefügt werden. Städte, die finanziell und räumlich beschränkt sind, müssen auf Rasenspielflächen verzichten und dafür Spielplätze mit gut bearbeitetem Kiesboden anlegen, die jeden Tag benutzt werden können, während die Rasenplätze nur jeden zweiten Tag freigegeben werden dürfen. Dadurch würde der gesamte Spielplatzbedarf um etwa ¼ eingeschränkt werden. Bei sehr ausgedehnten Stadtgebieten wird, um allzu große Wege und damit Zeitverluste zu vermeiden, eine Dezentralisation der Spielplätze unumgänglich sein, derart, daß für die inneren Stadtbezirke näher gelegene Plätze, für die eingemeindeten Vororte Spielplätze in diesen angelegt werden.

Für die künftige Bevölkerungszunahme sind alsdann Spielplätze den Stadterweiterungsplänen derartig organisch einzufügen, daß sie jeweils dem Spielbedarf der Bevölkerung dieser neuen Siedlungsflächen entsprechen, d. h. einschließlich der Schulhöfe für 100 000 Menschen 30 ha, und für 1000 Menschen 0,3 ha. In den großstädtischen Außenbezirken entfallen bei Siedlungen nach neuzeitlichen Grundsätzen (Vermeidung von Seitenflügeln und Hintergebäuden, 3½- bis höchstens 4geschossiger Bauweise an den Verkehrsstraßen und 1½ bis 2½ Geschossen an den Wohnstraßen, mit $^2/_{10}$ bis $^5/_{10}$ zulässiger Bebauung der Grundstücke) durchschnittlich 200 Bewohner auf 1 ha, also auf 1000 Bewohner durchschnittlich 5 ha. Rechnet man den erforderlichen Spielplatzbedarf für 1000 Bewohner zu 0,3 ha, so beträgt derselbe rund 7 Proz. der gesamten Siedlungsfläche. Bei sachgemäßer Unterscheidung von Wohn- und Verkehrsstraßen entfallen bei einem großstädtischen Erweiterungsplan etwa 21 Proz. auf Straßen und gepflasterte Plätze. Es kann in Preußen von den Grundstücksbesitzern bei einer Baugeländeumlegung auf Grund des Wohnungsgesetzes ohne weiteres erreicht werden, daß sie 35 Proz. des Geländes an die Gemeinde für Straßen, Plätze und Freiflächen unentgeltlich abtreten, es ist daher leicht möglich, in den Stadterweiterungsplänen durchschnittlich 65 Proz. des Geländes für Bauland, 21 Proz. für Straßen, 7 Proz. für Spielwiesen, ¼ Proz. für Kleinkinderspielplätze, 5½ Proz. für Erholungsparkanlagen und 1½ Proz. für Promenadenstraßen festzusetzen, ohne daß die Gemeinden besondere Grunderwerbskosten aufwenden müssen. Diese Grunderwerbskosten kommen also in der Regel nur für die erste Anlage der Spielplätze für die derzeitige Einwohnerzahl in Betracht.

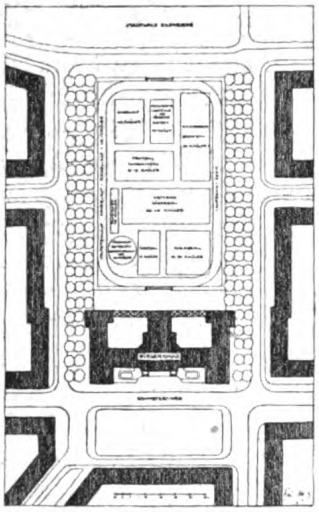
Es sei noch erwähnt, daß das neue preußische Wohnungsgesetz eine Abänderung der §§ 1 und 3 des preußischen Fluchtliniengesetzes vom 2. Juli 1875 vorsieht, wodurch ausdrücklich betont wird, daß die Fluchtlinienfestsetzung für die Straßen und Plätze sich auch auf Spielplätze bezieht, und wonach im Interesse des Wohnungsbedürfnisses darauf Bedacht zu nehmen ist, daß solche Plätze in ausgiebiger Zahl und Größe vorhanden sind. Damit ist für die Schaffung der Spielplätze in Preußen eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die künftig von größtem Einfluß auf die Aufstellung von Bebauungsplänen werden wird.

Die folgenden Bilder, die ich meiner eigenen Praxis entnehme, mögen die Plangestaltung der Spiel- und Sportplätze noch etwas näher veranschaulichen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das nebenstehende Bild zeigt einen Entwurf zu einem kleinen Rasenspielplatz in Verbindung mit einem Volksschulneubau in Hannover-Kleefeld (Abb. 4). Der Platz hat eine Fläche von rund 2 ha und stellt ungefähr den kleinsten Umfang dar, wie er für eine Rasenspielplatzanlage gewählt werden soll. Der Platz liegt etwa 1 m tiefer als die ihn umgrenzenden baumbestandenen Promenaden und ist von ihnen durch eine niedrige Heckenbrüstung getrennt. Durch diese Anordnung bieten die Promenaden bequeme Gelegenheit zur Aufstellung der Zuschauer für die Spiele. Der Spielplatz erhält erhöhten Reiz durch den benachbarten Hochwald, die Eilenriede, und zeigt so den Charakter einer Waldwiese. Zwischen Schulgebäude und Spielwiese liegt terrassenförmig ein schmaler Kiesplatz mit Turngeräten. Die Abbildung zeigt die Einteilung des Platzes in einzelne Spielfelder. Am Rande des Platzes entlang ist eine Laufbahn von 380 m Länge angelegt für Stafettenläufe, Dauerlauf und Schnellauf (gleichzeitig von 40 Schülern zu benutzen), ein Feld für Schlagball (24 bis 30 Schüler), für Korbball (18 Schüler), für Hetzball, Jägerball (20 bis 40 Schüler), Faustball, Tamburinball (10 bis 12 Schüler), Schleuderball, Grenzball (20 Schüler), Barlauf (40 Schüler), Türkenkopf, Läuferball, Drittenabschlagen (40 Schüler), Tauziehen (40 Schüler), sowie ein Feld für verschiedene Laufspiele für jüngere Knaben (40 Schüler). Insgesamt können somit gleichzeitig auf diesem Platz 280 bis 320 Volksschüler spielen, auf einen Schüler entfällt somit etwa 40 qm Spielfläche. Diese Schule einschließlich der Spielwiese wird jetzt als Notstandsarbeit ausgeführt. Das folgende Bild[1]) stellt den Bebauungsplan für ein Kleinwohnungsviertel in gemischter Bauweise dar, dessen Dominante diese Schule bilden wird. Auch die Kleinwohnungsanlage befindet sich in der Ausführung.

Abb. 4.



Volksschule in Hannover-Kleefeld. Verbindung von Schule und Spielwiese. (Entwurf: Paul Wolf.)

Das nächste Bild[1]) stellt eine umfangreiche Spielplatzanlage von etwa 23 ha Flächeninhalt in Verbindung mit vier Schulgebäuden mit zusammen 102 Klassen inmitten eines Kleinwohnungsviertels dar. Die Spielwiesen sind von Erholungsparkanlagen umgeben. Mit ganz einfachen, lediglich aus den Zweckbestimmungen sich ergebenden Mitteln habe ich versucht, eine monumentale große Gesamtwirkung zu erzielen.

Im folgenden Bilde, darstellend meinen Bebauungsplan für das Südgelände der Stadt Berlin-Schöneberg (Abb. 5), sind insgesamt 18 ha Fläche, d. i. etwa 9 Proz. des Gesamtgeländes für Spielplätze vorgesehen. Der Prozentsatz von Straßen, Plätzen und Grünflächen, die hier in diesem Beispiele aus einer Umlegung gewonnen wurden, steigt dabei auf über 40 Proz. Die folgenden Bilder zeigen Teile von diesem Bebauungsplan. Die nächsten Bilder[1]) zeigen meinen Vorschlag für die Umgestaltung der Maschwiesen in Hannover zu einem Jugendpark. Den Steigerungspunkt dieser Anlage bildet ein

[1]) Hier nicht gebracht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ursprünglich als Kriegserinnerungsanlage gedachter Festplatz in Verbindung mit einem Stadion. Für letzteres ist vor mehreren Jahren von einem opferfreudigen hannoverschen Bürger ein Betrag von 300 000 M. gestiftet worden, der natürlich zurzeit nicht annähernd für die Ausführung ausreicht. Wir haben uns daher zu einer vereinfachten Ausführung des Stadions an anderer Stelle entschließen müssen, und zwar auf der kleinen Bult in unmittelbarer Nähe der neuen Stadthalle. Dieser letztere Plan wird jetzt als Notstandsarbeit ausgeführt. Im folgenden Plan habe ich die Verteilung der Spielplätze im Gebiete der Stadt Hannover dargestellt, wie sie sich in späterer Zeit nach Durchführung der Gedanken des Generalbebauungsplanes der Stadt ergeben würde. Da jedoch bei den heutigen Verhältnissen die Lösung der Spielplatzfrage in diesem Sinne nicht möglich ist, so haben wir uns zunächst dazu entschließen müssen, die Spielplatzfrage in provisorischer Weise zu regeln. Durch genaue Bestandsaufnahme haben wir zunächst alle vorhandenen Spiel- und Sportplätze zusammengestellt, die teilweise auf vereinseigenen Plätzen, zum Teil auf durch Vereine von privaten Grundbesitzern oder von der Stadt gepachteten Plätzen, zum Teil auch von der Stadt selbst auf städtischem Gelände angelegt sind und unterhalten werden. Wir haben dann weiterhin festgestellt, welche Vereine nach Beendigung des Krieges über keinen oder nur über einen ungenügenden Spielplatz verfügten, und haben uns dann mit aller Energie daran gemacht, diesen Vereinen Spielplätze zu verschaffen. Es ist uns, wenn auch mit großer Mühe im Laufe dieses und des letzten Jahres nunmehr gelungen, so viel geeignetes Gelände freizumachen und so viel Mittel für die Anlage von Spielplätzen bewilligt zu erhalten, daß im Laufe des nächsten Jahres wohl kein Verein in Hannover mehr ohne Spielplatz sein wird. Wir werden alsdann insgesamt über 132 ha Spielplatzfläche im Gebiete der Stadt Hannover verfügen. Bei einer Einwohnerzahl von rund 400 000 Menschen würde unter Zugrundelegung des im Spielplatzgesetzentwurf geforderten Einheitssatzes von 3 qm pro Kopf der Bevölkerung für die Stadt Hannover zurzeit eine Spielplatzfläche von rund 120 ha nötig sein. Wir werden mit den 132 ha Spielplatzflächen also in kurzem die Forderung des Spielplatzgesetzentwurfes erreicht haben. Bei den heutigen Verhältnissen kann ich eine solche, zunächst provisorische Lösung der Spielplatzfrage anderen Städten nur sehr empfehlen. Die Hauptsache ist, daß zunächst einmal bald eine solche, wenn auch provisorische Lösung erfolgt. Nach Annahme des Spielplatzgesetzes wäre es dann weiterhin Aufgabe der Städte, im Laufe einer längeren Zeitperiode diese provisorische Lösung so umzugestalten, daß sie der im Generalbebauungsplan einer Stadt vorzusehenden Lösung entspricht.

Abb. 5.

Bebauungsplan für das sog. Südgelände in Berlin-Schöneberg.
(Entwurf: Paul Wolf.)

Ich möchte der zuversichtlichen Hoffnung Ausdruck geben, daß der Spielplatzgesetzesentwurf bald Gesetzeskraft erlangen möge, damit endlich alle Gemeinden und Städte im Reiche zur planmäßigen Lösung der Spiel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

platzfrage schreiten müssen. Dann erst eröffnet sich für uns die Zukunftsperspektive, daß jede Gemeinde, von der Landgemeinde bis zur Großstadt, ihre Spielplätze besitzt, auf denen nach den ungeheuren Kräfteverlusten dieses Krieges ein neues Geschlecht heranwachsen kann, das den Luxus der Jahre vor dem Kriege nicht gekannt hat, das vielmehr in harter Genügsamkeit aufwächst, aber eben darum mit der Urkraft des Primitiven zum Lichte empor drängt und hoffentlich dereinst die Fesseln wieder abschütteln wird, die dieser unheilvolle Krieg dem deutschen Volke geschmiedet hat. Wird erst der Spielplatz Allgemeingut des Volkes sein, so wird sich für ihn bald auch ein einheitlicher äußerer Typ herausbilden, der im Jugendpark seine letzte Steigerung erfahren wird.

Wie einst im alten Griechenland jede Stadt ihr Gymnasion besaß, auf welchem die Jugend eine der geistigen Ausbildung gleichwertige körperliche Ausbildung erfahren hat und welches gleichzeitig eine Vorstufe bildete für die olympischen Spiele, so müssen auch bei uns für jede Stadt Sportzentren geschaffen werden, die im Jugendpark ihren Ausdruck finden. In diesem Jugendpark, den wir als verarmtes Volk heute nicht schaffen können und den weiterzuentwickeln wir vorläufig den weit glücklicheren und reicheren Nordamerikanern überlassen müssen, werden dann auch alle anderen wesentlichen Forderungen der Jugendhilfe ihren technischen und künstlerischen Ausdruck finden, alle jene Wohlfahrtsanstalten zu einem einheitlichen großzügigen Forum zusammengefaßt werden können, an die sich dann in weiten, sonnigen Grünflächen die Spiel- und Sportplätze, die Schwimm- und Luftbäder usw. anschließen werden. Diese Stätten der Volksgesundheit würden dann am besten vereinigt mit den Stätten der Volksbildung, wie dies Amerika schon in einer ganzen Reihe von Parkanlagen durchgeführt hat. Und die Dominante dieses Jugendparkes würde dann das künftige Volkshaus bilden, das als erweitertes Jugendheim großen Stils ein selbstverständlicher Bestandteil jeder Stadt werden müßte, und welches vielleicht einmal für die kommenden Geschlechter ein ähnliches Ideal zum Ausdruck bringen wird, wie einst im Mittelalter der Dom der äußere Ausdruck der transzendentalen Sehnsucht gewesen ist, die jene Zeit beherrscht hat.

[Aus der sozialhygienischen Abteilung (Leiter: Prof. Reiter) des Hygien. Instituts der Universität Rostock (Direktor: Prof. v. Wasielewski).]

Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch die Geschwisterzahl und die soziale Lage der Eltern beeinflußt?

Von Hans Reiter und Paul Helm.

Im folgenden soll der Versuch gemacht werden, festzustellen, durch welche Faktoren der Reinertrag der Geburtstätigkeit kinderarmer und kinderreicher Familien in sozial schlecht und in sozial besser gestellten Bevölkerungsschichten beeinflußt wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1908 hatte Hamburger in einer Mitteilung[1]): „Über den Zusammenhang zwischen Konzeptionsziffer und der Kindersterblichkeit in (großstädtischen) Arbeiterkreisen" gefunden, daß der Prozentsatz der Überlebenden sich in Arbeiterkreisen um so kleiner gestaltet, je größer die Konzeptionsziffer in den einzelnen Familien ist. Er betrug bei Eingebürtigkeit mehr als 76 Proz. und sank bei zunehmender Konzeptionszahl mit fast gleichbleibender Regelmäßigkeit. Bei Vier- und Fünfgebürtigkeit überlebten bereits weniger als zwei Drittel und bei einer Gebürtigkeit über 15 nur noch weniger als ein Drittel das 16. Lebensjahr. Im Durchschnitt überlebten von den Kindern der 7261 Konzeptionen in Arbeiterfamilien 49,36 Proz. dieses Alter, in dem allgemein die Erwerbstätigkeit einsetzt und somit die Verwertung des Menschenlebens beginnt.

Der Prozentsatz der überlebenden Kinder für alle in 119 wohlhabenden Familien stattgefundenen Konzeptionen betrug 81,97 Proz. Die Sterblichkeit der Kinder in Arbeiterfamilien war also fast dreimal so hoch als die der Reichen.

In den Arbeiterfamilien betrug die am häufigsten vorkommende Konzeptionszahl 5 (12,76 Proz.), bei den Wohlhabenden 2 (27 Proz.). Die bei den Arbeitern äußerst seltene Konzeptionszahl 1 (3,26 Proz.) war bei Wohlhabenden sehr viel häufiger (11 Proz.). Wegen der Verschiedenheit der diesem Vergleich zugrunde liegenden Zahlen dürfen die erhaltenen Werte, wie auch Hamburger fordert, nicht verallgemeinert werden.

Die Ergebnisse Hamburgers entstammen einem in der Sprechstunde an Augenkranken (sonst Gesunden) innerhalb zweier Jahre gewonnenen Material, das demnach nicht in pauschalartiger Massenuntersuchung gewonnen wurde.

Der Prozentsatz derjenigen, deren Konzeption sich — ökonomisch gesprochen — rentiert, ist in Wirklichkeit kleiner, als er feststellt. Denn: In Ehen, deren Dauer nicht groß genug war, um ein abschließendes Urteil zu gestatten, wurden von Hamburger alle Überlebenden, also auch die kleinen Kinder, als überlebend gezählt, von denen sicher noch ein Teil vor dem 16. Lebensjahre zum Absterben gekommen ist.

Erst im vollendeten 16. Lebensjahre können wir aber frühestens den Zeitpunkt erblicken, von dem an der Mensch in der Lage ist, dem Nationalvermögen durch seine Arbeit neue Werte hinzuzufügen.

Eine weitere Fehlerquelle liegt darin, daß Hamburger zur Feststellung der Ein-, Zwei-, Drei- usw. Gebürtigkeit auch die Totgeburten, Fehlgeburten, Frühgeburten und Aborte mit eingerechnet hat; doch weist er selbst darauf hin, wie unsicher und unzuverlässig zuweilen die Angaben von älteren Frauen schon bezüglich der Zahl der lebenden Kinder, geschweige denn der Toten oder gar der Tot- und Fehlgeburten sind! Auch das häufige Interesse an der Geheimhaltung der Fehlgeburten und Aborte verwischt den Wert der Angaben.

Es ist zwar nicht zu verkennen, daß auch Totgeburten, Fehlgeburten, Frühgeburten und Aborte einen gewissen Einfluß auf den körperlichen Zustand der Frau haben, aber eine einschneidende Beeinflussung der Aufzuchtsverhältnisse der übrigen Kinder vermögen sie kaum auszuüben.

[1]) Zeitschrift für soziale Medizin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus diesen Erwägungen heraus sind in vorliegender Mitteilung Totgeburten, Fehlgeburten, Frühgeburten und Aborte unberücksichtigt geblieben.

Dem Ausgangsmaterial, an dem unsere Beobachtungen gemacht wurden, lagen persönliche Ermittelungen an 1000 Rostocker Familien zugrunde, wobei nur solche gezählt wurden, deren Kinder in Rostock selbst geboren oder mindestens vom dritten Lebensjahre an in Rostock aufgezogen worden waren, und deren jüngste lebende Kinder das 16. Lebensjahr bereits überschritten hatten.

Die Prüfung erstreckt sich auf 500 Familien aus Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. und 500 Familien aus Kreisen mit Einkommen über 3000 M.

Für diesen Zweck wurden die Angaben im Arbeiterstadtteil wie auch in dem von der wohlhabenden Bevölkerung bewohnten Steintorviertel der Stadt Rostock gesammelt.

In beiden Bevölkerungsschichten waren die verschiedensten Berufe vertreten: Arbeiter, Handwerker, Angestellte, freie Berufe, Beamte, Kaufleute.

Für die Höhe des Einkommens der einzelnen Familien wurde eine Durchschnittssumme angenommen, die in das zehnte Lebensjahr der Kinder fiel. Die Grenze zwischen „wenig bemittelt“ und „wohlhabend“ wurde bei 3000 M. gezogen.

3000 M. ist als Einkommen in Friedenszeiten wohl als ein hinreichendes anzusehen gewesen, so daß man die sozialen Verhältnisse bei einem Einkommen über 3000 M. mit Recht schon als gut bezeichnen konnte.

Totgeburten, Fehlgeburten, Frühgeburten und Aborte wurden, wie bereits erwähnt, nicht gerechnet, dagegen lebend geborene und alle vor dem vollendeten 16. Lebensjahre gestorbenen Kinder.

Unter Gestorbenen sind also vor dem vollendeten 16. Lebensjahre gestorbene Kinder zu verstehen, unter Überlebenden alle diejenigen, die das 16. Jahr vollendet hatten.

Tabelle 1.

1000 Familien nach Gebürtigkeit.

(1 = 1 gebürtig, 2 = 2 gebürtig, d. h. hatten 1, 2 usw. Kinder. In den 1-, 2-, 3- usw. gebürtigen Familien machte die Kinderzahl von der Gesamtkinderzahl x Proz. aus.)

1	gebürtig:	128	Fam.	=	12,8	Proz.,	also	Kinder	128	=	3,3	Proz.	aller	Kinder	d.	1000	Fam.
2	„	222	„	=	22,2	„	„	„	444	=	11,7	„	„	„	„	„	„
3	„	193	„	=	19,3	„	„	„	579	=	15,2	„	„	„	„	„	„
4	„	148	„	=	14,8	„	„	„	592	=	15,6	„	„	„	„	„	„
5	„	109	„	=	10,9	„	„	„	545	=	14,3	„	„	„	„	„	„
6	„	78	„	=	7,8	„	„	„	468	=	12,3	„	„	„	„	„	„
7	„	46	„	=	4,6	„	„	„	322	=	8,4	„	„	„	„	„	„
8	„	30	„	=	3,0	„	„	„	240	=	6,3	„	„	„	„	„	„
9	„	15	„	=	1,5	„	„	„	135	=	3,5	„	„	„	„	„	„
10	„	16	„	=	1,6	„	„	„	160	=	4,2	„	„	„	„	„	„
11	„	5	„	=	0,5	„	„	„	55	=	1,4	„	„	„	„	„	„
12	„	6	„	=	0,6	„	„	„	72	=	1,8	„	„	„	„	„	„
13	„	2	„	=	0,2	„	„	„	26	=	0,6	„	„	„	„	„	„
14	„	2	„	=	0,2	„	„	„	28	=	0,7	„	„	„	„	„	„
		1000	Familien						3794	Kinder							

In Tabelle 1 sind 1000 Familien ohne Rücksicht auf ihr Einkommen zusammengestellt.

Es ergibt sich, daß die Zweigebürtigkeit unter der Rostocker Bevölkerung insgesamt vorherrscht. 22,2 Proz. von den untersuchten Rostocker

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Familien sind zweigebürtig. Eingebürtigkeit steht erst an vierter Stelle mit 12,8 Proz.

Die 1000 Familien zusammen zeugten eine Kinderzahl von 3794. Die durchschnittliche Fruchtbarkeit einer Frau in den untersuchten Familien (nicht Bevölkerungskreisen!) beträgt also 3,79.

Die Beteiligung an den einzelnen Gebürtigkeiten nimmt von der Zweigebürtigkeit an allmählich ab.

Teilen wir die Familien in folgende drei Gruppen:

a) 1- bis 3-, b) 4- bis 6-, c) über 6gebürtige Familien,

so ergibt sich:

aus Gruppe a) stammen 30,3, aus b) 42,3, aus c) 27,3 Proz.

aller Kinder.

Tabelle 2.

500 Familien nach Gebürtigkeit mit Einkommen unter 3000 M.

1	gebürtig:	66	Fam.	= 13,2	Proz.,	also	Kinder	66 =	3,2	Proz.	aller	Kind.	d.	500 Fam.
2	„	93	„	= 18,6	„	„	„	186 =	9,1	„	„	„	„	„ „
3	„	90	„	= 18,0	„	„	„	270 =	13,2	„	„	„	„	„ „
4	„	72	„	= 14,4	„	„	„	288 =	14,1	„	„	„	„	„ „
5	„	59	„	= 11,8	„	„	„	295 =	14,4	„	„	„	„	„ „
6	„	40	„	= 8,0	„	„	„	240 =	11,2	„	„	„	„	„ „
7	„	25	„	= 5,0	„	„	„	175 =	8,5	„	„	„	„	„ „
8	„	22	„	= 4,4	„	„	„	176 =	8,6	„	„	„	„	„ „
9	„	8	„	= 1,6	„	„	„	72 =	3,5	„	„	„	„	„ „
10	„	14	„	= 2,8	„	„	„	140 =	6,8	„	„	„	„	„ „
11	„	4	„	= 0,8	„	„	„	44 =	2,1	„	„	„	„	„ „
12	„	3	„	= 0,6	„	„	„	36 =	1,7	„	„	„	„	„ „
13	„	2	„	= 0,4	„	„	„	26 =	1,2	„	„	„	„	„ „
14	„	2	„	= 0,4	„	„	„	28 =	1,3	„	„	„	„	„ „
		500 Familien						2042 Kinder						

Tabelle 2a.

500 Familien nach Gebürtigkeit mit Einkommen über 3000 M.

1	gebürtig:	62	Fam.	= 12,4	Proz.,	also	Kinder	62 =	3,5	Proz.	aller	Kind.	d.	500 Fam.
2	„	129	„	= 25,8	„	„	„	258 =	14,7	„	„	„	„	„ „
3	„	103	„	= 20,6	„	„	„	309 =	17,6	„	„	„	„	„ „
4	„	76	„	= 15,2	„	„	„	304 =	17,3	„	„	„	„	„ „
5	„	50	„	= 10,0	„	„	„	250 =	14,2	„	„	„	„	„ „
6	„	38	„	= 7,6	„	„	„	228 =	13,0	„	„	„	„	„ „
7	„	21	„	= 4,2	„	„	„	147 =	8,3	„	„	„	„	„ „
8	„	8	„	= 1,6	„	„	„	64 =	3,6	„	„	„	„	„ „
9	„	7	„	= 1,4	„	„	„	63 =	3,5	„	„	„	„	„ „
10	„	2	„	= 0,4	„	„	„	20 =	1,1	„	„	„	„	„ „
11	„	1	„	= 0,2	„	„	„	11 =	0,6	„	„	„	„	„ „
12	„	3	„	= 0,6	„	„	„	36 =	2,0	„	„	„	„	„ „
13	„	—	„	= —	„	„	„	— =	—	„	„	„	„	„ „
14	„	—	„	= —	„	„	„	— =	—	„	„	„	„	„ „
		500 Familien						1752 Kinder						

In Tabelle 2 und 2a ist die Gebürtigkeit der Familien berechnet — getrennt — 1. nach Einkommen unter 3000 M., 2. nach Einkommen über 3000 M.

Es zeigt sich, wie die 2 Gebürtigkeit bei allen Bevölkerungsschichten vorherrscht.

1 Gebürtigkeit kommt in Familien mit Einkommen unter 3000 M., wie in denen mit Einkommen über 3000 M. stets erst an vierter Stelle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

13- und 14 Gebürtigkeit kommt nur bei je 0,4 Proz. Familien mit Einkommen unter 3000 M. vor. Bei Familien mit Einkommen über 3000 M. sind solche Gebürtigkeiten überhaupt nicht zu verzeichnen.

Von 2 Gebürtigkeit an nimmt die Beteiligung der Gebürtigkeiten im allgemeinen ab, nur überragt in den Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. die 10 Gebürtigkeit die 9 Gebürtigkeit um 1,2 Proz.

Aus Familien mit Einkommen unter 3000 M. stammten

aus Gruppe a) = 25,6, b) = 40,3, c) = 34,1 Proz.

aller Kinder.

Aus Familien mit Einkommen über 3000 M. stammten

aus Gruppe a) = 35,8, b) = 45,1, c) = 19,1 Proz.

aller Kinder.

Die Kinderzahl der Familien mit Einkommen über 3000 M. überragte die der Familien mit Einkommen unter 3000 M.

in Gruppe a) um 10,2, in Gruppe b) um 4,8 Proz.

In Gruppe c) (über 6 gebürtige Familien) überragte dagegen die Kinderzahl bei Familien mit Einkommen unter 3000 M. die der Familien mit Einkommen über 3000 M. um 15 Proz.

Tabelle 2b.

Gebürtigkeit in 1000 Familien in Prozenten ausgedrückt.
(I. in Bevölkerungskreisen mit Einkommen unter 3000 M., II. in Bevölkerungskreisen mit Einkommen über 3000 M., III. Prozentzahlen von II. auf I. bezogen.)

	I. Proz.	II. Proz.	III. Proz.		I. Proz.	II. Proz.	III. Proz.
1 gebürtige Ehen . .	13,2	12,4	— 0,8	8 gebürtige Ehen . .	4,4	1,6	— 2,8
2 „ „ . .	18,6	25,8	+ 7,2	9 „ „ . .	1,6	1,4	— 0,2
3 „ „ . .	18,0	20,6	+ 2,6	10 „ „ . .	2,8	0,4	— 2,4
4 „ „ . .	14,4	15,2	+ 0,8	11 „ „ . .	0,8	0,2	— 0,6
5 „ „ . .	11,8	10,0	— 1,8	12 „ „ . .	0,6	0,6	0,0
6 „ „ . .	8,0	7,6	— 0,4	13 „ „ . .	0,4	—	— 0,4
7 „ „ . .	5,0	4,2	— 0,8	14 „ „ . .	0,4	—	— 0,4

Tabelle 2b zeigt eine Gegenüberstellung der prozentualen Gebürtigkeit in Kreisen mit Einkommen unter und über 3000 M. Ferner sind die Prozentzahlen in III. auf I., d. h. auf die prozentuale Gebürtigkeit in Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. bezogen.

Es ergibt sich, daß in Bevölkerungskreisen mit Einkommen über 3000 M.

die 2 Gebürtigkeit in 7,2, die 3 Gebürtigkeit in 2,6, die 4 Gebürtigkeit in 0,8 Proz.

häufiger vorkommt als in Kreisen mit Einkommen unter 3000 M.

Im Gegensatz dazu überragt in Bevölkerungskreisen mit Einkommen unter 3000 M.

die 1 Gebürtigkeit um 0,8, die 5 Gebürtigkeit um 1,8, die 8 Gebürtigkeit um 2,8 Proz.

die entsprechenden Gebürtigkeiten aus Kreisen mit Einkommen über 3000 M.

Hieraus könnte man schließen, daß man in Kreisen mit Einkommen über 3000 M. — also in sozial besser gestellten Kreisen — sich nach dem vierten Kinde eine Zurückhaltung in der Kinderzeugung auferlegt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In Bevölkerungskreisen mit Einkommen unter 3000 M. ist von einer Zurückhaltung in der Kinderzeugung überhaupt nichts zu verspüren.

Die Gegenüberstellung der prozentualen Kinderzahl aus

a) den Familien mit Einkommen unter 3000 M.
b) „ „ „ „ über 3000 „

ergibt

a)	b)
Gruppe a) . . . . 25,6 Proz.	Gruppe a) . . . . 35,8 Proz.
„ b) . . . . 40,3 „	„ b) . . . . 45,1 „
„ c) . . . . 34,1 „	„ c) . . . . 19,1 „

Tabelle 3.

Die Sterblichkeit der Kinder unter 16 Jahren nach der Gebürtigkeit in 1000 Familien.

Von d.	128	Kind.	aus	1	gebürt.	Ehe	starb.	6	=	4,6	Proz.,	folgl.	überlebt.	122	= 95,4 Proz.
„	„ 444	„	„	2	„	„	„	39	=	8,7	„	„	„	405	= 91,3 „
„	„ 579	„	„	3	„	„	„	64	=	11,0	„	„	„	515	= 89,0 „
„	„ 592	„	„	4	„	„	„	78	=	13,1	„	„	„	514	= 86,9 „
„	„ 545	„	„	5	„	„	„	97	=	17,7	„	„	„	448	= 82,3 „
„	„ 468	„	„	6	„	„	„	56	=	11,9	„	„	„	412	= 88,1 „
„	„ 322	„	„	7	„	„	„	50	=	15,4	„	„	„	272	= 84,6 „
„	„ 240	„	„	8	„	„	„	38	=	15,8	„	„	„	202	= 84,2 „
„	„ 135	„	„	9	„	„	„	44	=	32,5	„	„	„	91	= 67,5 „
„	„ 160	„	„	10	„	„	„	52	=	32,5	„	„	„	108	= 67,5 „
„	„ 55	„	„	11	„	„	„	16	=	29,0	„	„	„	39	= 71,0 „
„	„ 72	„	„	12	„	„	„	17	=	23,6	„	„	„	55	= 76,4 „
„	„ 26	„	„	13	„	„	„	10	=	38,0	„	„	„	16	= 62,0 „
„	„ 28	„	„	14	„	„	„	13	=	46,4	„	„	„	15	= 53,6 „
Von d.	3794	Kind.	aus	1000	Fam.	starben		580	=	15,2	Proz.,	überlebten		3214	= 84,8 Proz.

Ganz allgemein scheint demnach höhere Gebürtigkeit mit höherer Sterblichkeit parallel zu gehen.

Wir begegnen einer im allgemeinen von der 1 Gebürtigkeit zur Mehrgebürtigkeit anwachsenden Sterblichkeit, die bei der 1 Gebürtigkeit 4,6 Proz., bei der 14 Gebürtigkeit dagegen 46,4 Proz., also das Zehnfache beträgt. Mit wachsender Geburtenzahl einer Familie wächst nicht nur relativ, sondern auch absolut die Zahl der minderwertigen Kinder.

Und doch ist die Annahme, daß mit wachsender Gebürtigkeit die Sterblichkeit stets gleichmäßig wächst, nicht berechtigt.

Bei 545 Kindern aus 5 gebürtigen Familien starben 97 = 17,7 Proz.
„ 468 „ „ 6 „ „ „ 56 = 11,9 „

Sie beträgt in 6 gebürtigen Familien weniger als in 5 gebürtigen (5,8 Proz.).

Eine Erklärung für diese abweichende Beobachtung kann man vielleicht in der verschieden hohen Beteiligung der Kinderzahl erblicken: je mehr Kinder in der einzelnen Gebürtigkeitsklasse zur Feststellung kommen, desto ungünstiger kann durch sie die Sterblichkeitsstatistik beeinflußt werden; diese Beeinflussung war hier so groß, daß sie selbst die ungünstigeren Lebensaussichten höher gebürtiger Kinder verschleierte. Diese Erklärung versagt für eine Deutung der Sterblichkeitsverhältnisse in 4- und 5 gebürtigen Familien. Bei 545 Kindern aus 5 gebürtiger Ehe beträgt sie 97 = 17,7 Proz., während sie bei 592 Kindern aus 4 gebürtiger Ehe nur 78 = 13,1 Proz. ist. Obgleich also bei 4 gebürtiger Ehe 47 Kinder mehr vorhanden sind als bei 5 gebürtiger Ehe, ist doch die Sterblichkeit bei der geringeren Anzahl Kinder um 4,3 Proz. größer als bei 4 gebürtiger Ehe!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Höher Gebürtige eignen sich wegen zu kleiner Grundzahlen nicht zur näheren Betrachtung.

Tabelle 4.

Sterblichkeit unter 16 Jahren nach der Gebürtigkeit und sozialen Lage.
(500 Familien mit Einkommen unter 3000 M.)

Von d.	66	Kind.	aus	1	gebürt.	Ehe	starben	4	=	6,0	Proz.,	folgl.	überlebt.	62	= 94,0 Proz.
„	„ 186	„	„	2	„	„	„	18	=	9,6	„	„	„	168	= 90,4 „
„	„ 270	„	„	3	„	„	„	26	=	9,6	„	„	„	244	= 90,4 „
„	„ 288	„	„	4	„	„	„	43	=	14,9	„	„	„	245	= 95,1 „
„	„ 295	„	„	5	„	„	„	56	=	18,9	„	„	„	239	= 91,1 „
„	„ 240	„	„	6	„	„	„	29	=	12,0	„	„	„	211	= 88,0 „
„	„ 175	„	„	7	„	„	„	23	=	13,1	„	„	„	152	= 86,9 „
„	„ 176	„	„	8	„	„	„	31	=	17,6	„	„	„	145	= 82,4 „
„	„ 72	„	„	9	„	„	„	27	=	37,5	„	„	„	45	= 62,5 „
„	„ 140	„	„	10	„	„	„	45	=	39,2	„	„	„	95	= 60,8 „
„	„ 44	„	„	11	„	„	„	14	=	31,8	„	„	„	30	= 68,2 „
„	„ 36	„	„	12	„	„	„	8	=	22,2	„	„	„	28	= 77,8 „
„	„ 26	„	„	13	„	„	„	10	=	38,4	„	„	„	16	= 61,6 „
„	„ 28	„	„	14	„	„	„	13	=	46,4	„	„	„	15	= 53,6 „

Von d. 2042 Kind. aus Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. starben 347 = 16,9 Proz., überlebten 1695 = 83,1 Proz.

Tabelle 4a.

Sterblichkeit unter 16 Jahren nach der Gebürtigkeit und sozialen Lage.
(500 Familien aus Kreisen mit Einkommen über 3000 M.)

Von d.	62	Kind.	aus	1	gebürt.	Ehe	starben	2	=	3,2	Proz.,	folgl.	überlebt.	60	= 96,8 Proz.
„	„ 258	„	„	2	„	„	„	21	=	8,1	„	„	„	237	= 91,9 „
„	„ 309	„	„	3	„	„	„	38	=	12,2	„	„	„	271	= 87,8 „
„	„ 304	„	„	4	„	„	„	35	=	11,5	„	„	„	269	= 88,5 „
„	„ 250	„	„	5	„	„	„	41	=	16,4	„	„	„	209	= 83,6 „
„	„ 228	„	„	6	„	„	„	27	=	11,8	„	„	„	201	= 88,2 „
„	„ 147	„	„	7	„	„	„	27	=	18,3	„	„	„	120	= 81,7 „
„	„ 64	„	„	8	„	„	„	7	=	10,9	„	„	„	57	= 89,1 „
„	„ 63	„	„	9	„	„	„	17	=	26,9	„	„	„	46	= 73,1 „
„	„ 20	„	„	10	„	„	„	7	=	35,0	„	„	„	13	= 65,0 „
„	„ 11	„	„	11	„	„	„	2	=	18,1	„	„	„	9	= 81,9 „
„	„ 36	„	„	12	„	„	„	9	=	25,0	„	„	„	27	= 75,0 „
„	„ —	„	„	13	„	„	„	—	=	—	„	„	„	—	= — „
„	„ —	„	„	14	„	„	„	—	=	—	„	„	„	—	= — „

Von d. 1752 Kind. aus Kreisen mit Einkommen über 3000 M. starben 233 = 13,2 Proz., überlebten 1519 = 86,8 Proz.

Tabelle 4b zeigt die prozentuale Sterblichkeit der Kinder unter 16 Jahren bei verschiedener Gebürtigkeit, nach Einkommen über und unter 3000 M. Die Differenz der Prozentzahlen aus beiden verschiedenen sozialen Schichten ergibt eine geringere Gesamtsterblichkeit der Kinder aus Familien mit Einkommen über 3000 M.

Von 2042 Kindern aus Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. starben 347 = 16,9 Proz.

Von 1752 Kindern aus Kreisen mit Einkommen über 3000 M. starben 233 = 13,2 Proz.

Ertrag der Geburtstätigkeit in Bevölkerungskreisen mit unter 3000 M. Einkommen 1695 Kinder, in Bevölkerungskreisen mit über 3000 M. Einkommen nur 1519.

Die Sterblichkeit der Kinder aus Kreisen mit Einkommen über 3000 M. war bei 8*, 9* und 11* (13*, 14*) Gebürtigkeit bedeutend geringer, bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 4b.

Sterblichkeit unter 16 Jahren in Prozenten ausgedrückt bei verschiedener Gebürtigkeit.

A. In Kreisen mit Einkommen unter 3000 M.
B. „ „ „ „ über 3000 M.

Von den Kindern	Kinderzahl	Starben in Klasse A Proz.	Kinderzahl	Starben in Klasse B Proz.	Klasse B bezogen auf A Proz.
Aus 1 gebürt. Ehe . .	66	6,0	62	3,2	— 2,8
„ 2 „ „ . .	186	9,6	258	8,1	— 1,5
„ 3 „ „ . .	270	9,6	309	12,2	+ 2,6
„ 4 „ „ . .	288	14,9	304	11,5	— 3,4
„ 5 „ „ . .	295	18,9	250	16,4	— 2,5
„ 6 „ „ . .	240	12,0	228	11,8	— 0,2
„ 7 „ „ . .	175	13,1	147	18,3	+ 5,2
„ 8 „ „ . .	176	17,6	64	10,9	— 6,7
„ 9 „ „ . .	72	37,5	63	26,9	— 10,6
„ 10 „ „ . .	140	39,2	20	35,0	— 4,2
„ 11 „ „ . .	44	31,8	11	18,1	— 13,7
„ 12 „ „ . .	36	22,2	36	25,0	+ 2,8
„ 13 „ „ . .	26	38,4	—	—	— 38,4
„ 14 „ „ . .	28	46,4	—	—	— 46,4

1., 2., 4., 5., 6., 10 Gebürtigkeit wenig geringer, dagegen ist sie bei 3., 7. und 12 Gebürtigkeit in Kreisen mit Einkommen über 3000 M. größer.

Im allgemeinen zeigt sich auch hier, daß die Sterblichkeit um so größer ist, je größer die gesamten absoluten Kinderzahlen in den einzelnen Gebürtigkeitsklassen sind. Vergleiche sind aber mit größter Vorsicht anzustellen und zu beurteilen.

Man betrachte diesbezüglich das Verhalten der Sterblichkeit bei der 1., 3., 5., 6., 8., 9. und 11 Gebürtigkeit. Daß wir es hierbei aber mit keiner allgemein gültigen Beobachtung zu tun haben, beweisen die Sterblichkeitsziffern bei der 2., 4., 7., 10 Gebürtigkeit.

Die bereits oben unter Außerachtlassung der sozialen Lage der Eltern besprochenen Sterblichkeitsverhältnisse der Kinder gelten im allgemeinen auch für die Aufstellung, bei der die soziale Lage in den Vordergrund gerückt wurde. Wir sehen auffallenderweise durch die günstige oder ungünstige Lage der Eltern fast keine Einwirkung auf die Lebensaussichten der Kinder, sondern den Ergebnissen geben die oben bereits erläuterten Einflüsse der Höhe der Gebürtigkeit und absolute Gesamtzahl der Kinder einer Gebürtigkeitsklasse das Gepräge. Das Verhalten in der 2. und 4 Gebürtigkeitsklasse spricht für eine günstige Beeinflussung der Lebensverhältnisse durch eine bessere soziale Lage, die in der 7. und 10 Gebürtigkeitsklasse erhaltenen Zahlen schränken aber diese Deutung gewaltig ein.

Die Einkommenverhältnisse spielen also keineswegs eine ausschlaggebende Rolle, sondern wir müssen vielleicht die mehr oder weniger guten Pflegeverhältnisse letzten Endes für die Aufzuchtergebnisse verantwortlich machen: Die Häuslichkeit als solche, ferner chronische Krankheiten, Tod oder ständige Abwesenheit des Vaters, die Erwerbstätigkeit der Mutter u. a.

Auch in sozial besser gestellten Schichten liegen oft Verhältnisse vor, die einer zweckmäßigen Aufzucht der Kinder entgegenstehen. Häufig vermißt man gerade in diesen Kreisen das erforderliche Verständnis und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 5.

Kinderzahl und Kindersterblichkeit (x) unter 16 Jahren in Familien mit Einkommen unter 3000 M. nach Gebürtigkeit und verschiedenen Standesklassen.

Kinder von	Arbeitern		Handwerkern		Angestellten		Vätern fr. Berufe		Beamten		Kaufleuten	
	Familien	Kinder	Familien	Kinder	Familien	Kinder	Familien	Kinder	Familien	Kinder	Familien	Kinder
In 66 Fam. 1 geb. Ehen	28	28 (4)	20	20 —	10	10 —	2	2 —	4	4 —	2	2 —
„ 93 „ 2 „ „	34	68 (4)	25	50 (10)	10	20 (1)	6	12 (1)	13	26 (2)	5	10 —
„ 90 „ 3 „ „	34	102 (8)	25	75 (8)	22	66 (5)	1	3 (2)	7	21 (3)	1	3 —
„ 72 „ 4 „ „	33	132 (21)	17	68 (14)	0	— —	4	16 —	14	56 (5)	4	16 (3)
„ 59 „ 5 „ „	27	135 (23)	19	95 (15)	0	— —	4	20 (2)	9	45 (16)	0	— —
„ 40 „ 6 „ „	20	120 (16)	7	42 (4)	5	30 (3)	5	30 (3)	2	12 (1)	1	6 (2)
„ 25 „ 7 „ „	10	70 (10)	9	63 (6)	0	— —	1	7 (2)	5	35 (5)	0	— —
„ 22 „ 8 „ „	11	88 (14)	5	40 (7)	1	8 —	3	24 (3)	1	8 (2)	1	8 (5)
„ 8 „ 9 „ „	5	45 (15)	3	27 (12)	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —
„ 14 „ 10 „ „	5	50 (13)	5	50 (13)	2	20 (11)	1	10 (1)	0	— —	1	10 (7)
„ 4 „ 11 „ „	1	11 —	1	11 (6)	0	— —	1	11 (6)	1	11 (2)	0	— —
„ 3 „ 12 „ „	3	36 (8)	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —
„ 2 „ 13 „ „	2	26 (10)	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —
„ 2 „ 14 „ „	2	28 (13)	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —
500 Familien . . .	215	939 (159)	136	541 (95)	50	154 (20)	28	135 (20)	56	218 (36)	15	55 (17)

Pflichtgefühl der Mutter, die aus Bequemlichkeit die Aufzucht ihrer Kinder fremden, bezahlten Kräften überläßt. Vergnügungssucht und krankhaft gesteigerter außerhäuslicher Betätigungsdrang rächen sich am Kinde. Größere Kinderzahl wirkt dabei besonders erschwerend.

Die Sterblichkeit der Kinder unter 16 Jahren ist keine durchaus charakteristische für Unbemittelte und Wohlhabende. Das Einkommen kann nur die Lebensverhältnisse der Familien besser gestalten, kann die Wohnungs- wie die Ernährungsfrage günstiger regeln, kann bei Krankheiten eher zur Gesundung des Kindes beitragen, aber für Kräftigung des kindlichen Lebens, für Schutz gegen Schädigungen jeglicher Art, erscheint es ausschlaggebend, daß eine verständige und pflichttreue Mutter dem Kinde zur Seite steht.

In welcher Weise sich die einzelnen Stände an der Gebürtigkeit und der Kindersterblichkeit beteiligen, ist in den folgenden Tabellen nebeneinandergestellt.

Tabelle 5 und 5a zeigen, daß in 500 Familien aus Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. fast die Hälfte der Familien Arbeiterfamilien (215) waren, es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

folgten die Handwerkerfamilien mit 136, die Beamten mit 56, Angestellte mit 50, freie Berufe mit 28 und Kaufleute mit 15 Familien.

In 500 Familien mit Einkommen über 3000 M. waren Arbeiterfamilien gar nicht vertreten. Am häufigsten zählten wir hier Kaufmannsfamilien (196) und Beamtenfamilien (138). Handwerkerfamilien standen mit 81 an Zahl hier an dritter Stelle, im Gegensatz zu Tabelle 5, in der sie die zweite Stelle einnahmen. Freien Berufen begegneten wir doppelt so häufig in Kreisen mit Einkommen über 3000 M (67 : 31).

Unter Arbeitern und Handwerkern waren Kinder der 5 Gebürtigkeitsklasse vorherrschend, unter den Beamten die der 4-, unter Kaufleuten die der 3- und 4 Gebürtigkeitsklasse.

Berücksichtigt man die Beteiligung der Familien an den einzelnen Gebürtigkeitsklassen, so waren die meisten Ehen der Arbeiter, Handwerker, Beamten, Kaufleute, freien Berufe 2- und 3 gebürtig.

In Tabelle 6 wird ein Überblick darüber gegeben, wie sich die geborenen und unter 16 Jahren gestorbenen Kinder prozentual auf die Standesklassen (nach Einkommen unter und

Tabelle 5a.

Kinderzahl und Kindersterblichkeit (x) unter 16 Jahren in 500 Familien mit Einkommen über 3000 M. nach Gebürtigkeit und verschiedenen Standesklassen.

Kinder von	Arbeitern	Handwerkern		Angestellten		Vätern f. Berufe		Beamten		Kaufleuten	
		Familien	Kinder	Familien	Kinder	Familien	Kinder	Familien	Kinder	Familien	Kinder
In 62 Fam. 1gebürt. Ehen	—	4	4 —	5	5 —	12	12 —	17	17 —	24	24 (2)
„ 129 „ 2 „	—	22	44 (2)	4	8 —	16	32 (1)	39	78 (6)	48	96 (12)
„ 103 „ 3 „	—	15	45 (12)	1	3 —	20	60 (5)	25	75 (5)	42	126 (16)
„ 76 „ 4 „	—	13	52 (6)	1	4 (1)	5	20 —	27	108 (10)	30	120 (18)
„ 50 „ 5 „	—	11	55 (8)	2	10 (1)	6	30 (5)	11	55 (11)	20	100 (16)
„ 38 „ 6 „	—	5	36 (6)	3	18 (1)	3	12 (2)	6	36 (4)	21	114 (14)
„ 21 „ 7 „	—	4	28 (1)	1	7 —	4	28 (4)	5	47 (9)	7	49 (13)
„ 8 „ 8 „	—	3	24 (1)	0	— —	0	— —	5	40 (6)	0	— —
„ 7 „ 9 „	—	3	27 (11)	1	9 (1)	0	— —	3	27 (5)	0	— —
„ 2 „ 10 „	—	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —	2	20 (7)
„ 1 „ 11 „	—	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —	1	11 (2)
„ 3 „ 12 „	—	1	12 (4)	0	— —	1	12 (4)	0	— —	1	12 (1)
„ — „ 13 „	—	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —
„ — „ 14 „	—	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —	0	— —
500 Familien	—	81	327 (49)	18	64 (4)	67	206 (19)	138	483 (56)	196	672 (101)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über 3000 M. geordnet) verteilen. Es zeigt sich dabei, daß in den Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. die Arbeiterkinder 45,9 Proz., also fast die Hälfte der Geburtenzahl aller 500 Familien mit Einkommen unter 3000 M. ausmachten. Ihnen folgten die Kinder der Handwerker mit 26,4 Proz. und die der Beamten mit 10,6 Proz. Kinder von Angestellten betrugen 7,5 Proz., solche freier Berufe 6,6 Proz. und Kinder von Kaufleuten nur 2,6 Proz.

Ganz anders lag die Verteilung bei den verschiedenen Standesklassen mit Einkommen über 3000 M. Hier fanden sich überhaupt keine Arbeiterkinder. Kinder von Kaufleuten waren mit 38,3 Proz. und Beamtenkinder mit 27,5 Proz. vertreten. Handwerkerkinder nahmen mit 18,6 Proz. die dritte Stelle ein, während Kinder von Vätern in freien Berufen 11,7 Proz. und Kinder von Angestellten sogar nur 3,6 Proz. ausmachten.

Die Familienzahlen in den verschiedenen sozialen Schichten ergaben also:

	Einkommen unter 3000 M.	Einkommen über 3000 M.
Arbeiterfamilien	215	—
Handwerkerfamilien	136	81
Angestelltenfamilien	50	18
Familien freier Berufe	28	67
Beamtenfamilien	56	138
Kaufmannsfamilien	15	196

Während in Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. Kinder der Arbeiter und Handwerker überragen, hatten bei den Kreisen mit Einkommen über 3000 M. die Kaufleute und Beamten die größte Kinderzahl. Mit wachsender Familienzahl in den einzelnen Standesklassen wuchs auch die Geburtenzahl der Kinder.

Die Sterblichkeit der Kinder in den einzelnen Ständen war die folgende:

	Einkommen unter 3000 M. Proz.	Einkommen über 3000 M. Proz.
Bei den Arbeitern	16,9	—
„ „ Handwerkern	17,5	14,9
„ „ Angestellten	12,9	(6,2)
In freien Berufen	14,8	9,2
Bei den Beamten	16,5	11,5
„ „ Kaufleuten	(30,9)	15,0

Von den beiden Werten bei den Angestellten über 3000 M. und Kaufleuten unter 3000 M. Einkommen wegen der kleinen Grundzahlen abgesehen, war die Sterblichkeit in den Einkommenschichten über 3000 M. bei den Handwerkern, freien Berufen, Beamten günstiger als bei den gleichen, aber weniger wohlhabenden Berufsangehörigen. Besonders auffällig ist die Erscheinung bei den beiden zuletzt genannten Berufsklassen, wo, die Zahl der beteiligten Kinder berücksichtigt, eher das entgegengesetzte Ergebnis zu erwarten gewesen wäre.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Durch die geringere Vertretung höherer Gebürtigkeiten in diesen beiden Berufsständen wird dieses Verhalten nicht ganz erklärt, da keine der beiden Einkommenklassen sich hierin besonders auszeichnet. Es liegt also wohl hier die Möglichkeit vor, daß bessere Aufzuchtsgelegenheit (z. B. Ernährung, Wohnung, Pflege) ihre Wirkung getan hat.

Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen an 1000 Rostocker Familien mit 3794 Kindern kommen wir zu folgenden Ergebnissen:

1. Höhere Gebürtigkeit geht im allgemeinen parallel mit höherer Kindersterblichkeit.
2. Je mehr Kinder in der einzelnen Gebürtigkeitsklasse zur Feststellung kommen, desto ungünstiger wird durch sie im allgemeinen die Sterblichkeitsstatistik beeinflußt.
3. Ausnahmen dieser Erscheinungen werden beobachtet, sind aber selten.
4. Die Einkommenverhältnisse beeinflußten im allgemeinen überraschend wenig den Ertrag der Kinderaufzucht. In einzelnen bestimmten Berufsklassen, in denen zwei deutlich verschiedene Schichten zur Beobachtung gelangten, war ein gewisser Einfluß der Höhe des Einkommens aber unverkennbar.
5. Es erscheint nötig, daß bei der Aufstellung von Sterblichkeitsstatistiken, um Trugschlüsse zu vermeiden, diese Verhältnisse viel mehr als bisher berücksichtigt werden.

Tabelle 6.

Gesamtzahl der in 1000 Familien geborenen und unter 16 Jahren gestorbenen Kinder (x) in Prozenten ausgedrückt.
In den verschiedenen Standesklassen und nach sozialer Lage.

Kinder von	Arbeitern	Handwerkern	Angestellten	Vätern in freien Berufen	Beamten	Kaufleuten
Eink. unter 3000 M.	939 = 45,9 Proz.[1] (davon gestorben 159 = 16,9 Proz.)[2]	541 = 26,4 Proz. (davon gestorben 95 = 17,5 Proz.)	154 = 7,5 Proz. (davon gestorben 20 = 12,9 Proz.)	135 = 6,6 Proz. (davon gestorben 20 = 14,8 Proz.)	218 = 10,6 Proz. (davon gestorben 36 = 16,5 Proz.)	55 = 2,6 Proz. (davon gestorben 17 = 30,9 Proz.)
„ über 3000 M.	—	327 = 18,6 Proz. (davon gestorben 49 = 14,9 Proz.)	64 = 3,6 Proz. (davon gestorben 4 = 6,2 Proz.)	206 = 11,7 Proz. (davon gestorben 19 = 9,2 Proz.)	483 = 27,5 Proz. (davon gestorben 56 = 11,5 Proz.)	672 = 38,3 Proz. (davon gestorben 101 = 15,0 Proz.)

Gesamtkinderzahl 3794 (davon gestorben 580 = 15,2 Proz.)

[1]) D. h. haben sich mit 45,9 Proz. an der Geburtenzahl der gesamten gleichen sozialen Schicht beteiligt.
[2]) D. h. 16,9 Proz. aller geborenen Kinder dieser Berufsklasse und sozialen Schicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur.

1. J. Funk, Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen. (Mitteilungen des Bremischen Statistischen Amtes 1911, Nr. 1.)
2. Arthur Geissler, Rückblick auf die Fruchtbarkeitsverhältnisse im Königreich Sachsen von 1874 bis 1883 mit besonderer Berücksichtigung der Totgeburten und der unehelichen Geburten in den einzelnen Verwaltungsbezirken. (Zeitschrift des Königl. Sächsischen Statistischen Bureaus, 31. Jahrg. 1885, Heft 1 und 2.)
3. Derselbe, Über den Einfluß der Säuglingssterblichkeit auf die eheliche Fruchtbarkeit mit besonderer Berücksichtigung der Ehen im Bergmannsstande. (Daselbst.)
4. Derselbe, Die Bewegung der Bevölkerung im Königreich Sachsen während des Jahres 1884. (Daselbst, Heft 3 und 4.)
5. Derselbe, Über die Sterblichkeit der Neugeborenen im ersten Lebensmonat. (Daselbst.)
6. Carl Hamburger, Über den Zusammenhang der Konzeptionsziffer und der Kindersterblichkeit in (großstädtischen) Arbeiterkreisen. (Zeitschr. f. soziale Medizin, herausgegeben von Dr. med. A. Grotjahn und Dr. phil. Kriegel in Berlin, 3. Bd.)
7. Georg Helm, Die Kindersterblichkeit im sächsischen Bergmannsstande. (Zeitschrift des Königl. Sächsischen Statistischen Bureaus, 31. Jahrg. 1885, Heft 1 und 2.)
8. Georg Lommatzsch, Die Bewegung der Bevölkerung und die Todesursachen 1911 bis 1915. (Zeitschrift des Sächsischen Statistischen Landesamtes, 64. u. 65. Jahrg. 1918 u. 1919.)

Statistische Unterlagen zur Rasse- und Krankheitsforschung der Juden.

Von Dr. W. Schweisheimer in München.

Mit Gefühlswerten können statistische Fragen nicht gelöst werden. Zur Erhellung wichtiger Zusammenhänge in der jüdischen Rassen- und Krankheitsfrage ist die Statistik unentbehrlich. Die Schwächen statistischer Veröffentlichungen ganz allgemein sind zu bekannt, als daß es eines ausführlichen Hinweises bedürfte. Jeder, der addieren und subtrahieren kann, glaubt sich zur Aufstellung einer einwandfreien Statistik befähigt. Durch die Ahnungslosigkeit und die primitive Unwissenheit von den grundlegenden Erfordernissen statistischer Aufstellungen kommt es schließlich zu Unrichtigkeiten und Halbrichtigkeiten, die die Statistik, die unentbehrliche, in ganz unverdient schlechten Ruf gebracht haben.

Alle Schwierigkeiten sind bei Betrachtung kleiner Sondergebiete, wie sie die Statistik mit jüdischen Dingen bietet, wesentlich gesteigert. Es sei dabei gänzlich abgesehen von allen Tendenz„statistiken" irgend einer Richtung, die einem bestimmten, vorher aufgestellten Zweck zuliebe angefertigt werden, starr auf einen kleinen Punkt hinblicken und von den zahllosen anderen Einflüssen, die maßgebend sind, absichtlich, versehentlich oder unwissentlich keine Notiz nehmen. Aber auch die rein wissenschaftliche Statistik mit jüdischen Dingen — in vorliegenden Ausführungen handelt es sich, wie einschränkend und festlegend bemerkt sei, immer um Betrachtung biologischer und medizinischer Verhältnisse — bietet besondere Schwierigkeiten. Sie sind schließlich nicht größer als bei jedem Vergleich kleiner mit großen statistischen Gebieten, sie treten nur infolge der Häufigkeit der Betrachtung dieser Fragen deutlicher zutage. Aus mehreren Gründen ist hier eine exakte Schlußziehung auch aus einwandfreiem statistischen Material nur erschwert möglich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Verhältnisse in den osteuropäischen Staaten, wo zum Teil viele Juden leben, und der prozentuale Anteil der orthodoxen Juden, auf die es bei Rückschlüssen aus der Befolgung alter jüdischer Sittengesetze und Gesundheitsvorschriften im speziellen ankommt, ein ziemlich hoher ist, sind nicht derartig, oder wenigstens bis vor kurzem nicht derart gewesen, daß sie eine einwandfreie statistische Erfassung und Verwertung der gewonnenen Zahlenangaben, beispielsweise der Bevölkerungszahlen, mit Sicherheit zugelassen hätten. Das gilt nicht nur für die jüdischen Bewohner dieser Länder: alle Zahlenangaben, die aus osteuropäischen Ländern als Grundlage für Bevölkerungsfragen aller Art berichtet werden, sind mit äußerster Vorsicht aufzunehmen. Sie gestatten nicht ohne weiteres, sichere statistische Folgerungen darauf aufzubauen. In den westeuropäischen Ländern, in den Vereinigten Staaten von Nordamerika und anderen Ländern mit durchgebildeterer Zivilisation bieten die Zahlenangaben über Bevölkerungs- und Krankheitsverhältnisse ihrer ganzen Erhebungsweise gemäß keinen Anlaß zu Zweifel. Aber hier bildet die jüdische Bevölkerung ganz allgemein einen sehr niedrigen Bruchteil der Gesamtbevölkerung, etwa um 1 Proz. herum. Ein Vergleich einer so kleinen Bevölkerungsgruppe mit der überwiegenden Mehrzahl der Landesbewohner ist in statistischer Hinsicht nicht ohne weiteres möglich; der Fehler der kleinen Zahl, der bei der Betrachtung eines Bruchteils von 99 Proz. der Bevölkerung keine Rolle spielt, wird sich im Vergleich dazu bei der Beurteilung des einen Prozentes, das auf die jüdische Bevölkerung trifft, sehr bemerkbar machen müssen. Schon dieser Punkt läßt einen direkten Vergleich der jüdischen und der übrigen (christlichen, mohammedanischen usw.) Statistikunterlagen nicht ohne schwere Fehler zu; er fällt weit über das Maß der erlaubten und erträglichen Fehlergrenze hinaus.

Dazu kommt bei Beurteilung spezieller biologischer Probleme vielfach noch eine entscheidende weitere Einschränkung. Es ist das besser als durch lange theoretische Erörterungen an einem Beispiel klar zu machen. Bei allen Kulturnationen ist die Anzahl der Knabengeburten eine höhere als die der Mädchengeburten. Das Zahlenverhältnis der Geschlechter beträgt im Durchschnitt überall bei den Lebendgeburten 106 Knaben auf 100 Mädchen. Alle Beobachtungen und Aufzeichnungen sprechen nun dafür, daß der Knabenüberschuß bei den jüdischen Lebendgeburten ein höherer ist, als er dem übrigen Durchschnitt entspricht. Beim Suchen nach den Ursachen der Geschlechtsbestimmung — warum und unter welchen Bedingungen ein Knabe, ein Mädchen entsteht — ist in neuerer Forschung die früher schon diskutierte Behauptung wieder aufgestellt worden, es bestehe ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Menstruation und dem Kohabitationszeitpunkt. Also beispielsweise: Kohabitationen in der ersten Hälfte des Menstruationszwischenraumes sollen im Falle eintretender Befruchtung überwiegend Knaben ergeben, Kohabitationen in der zweiten Hälfte des Menstruationsintervalls Mädchen. Aber auch gerade das Gegenteil dieser Behauptungen wurde schon behauptet und — bewiesen.

Als Stütze für jede der beiden Ansichten und als besonderes, aus dem gewöhnlichen Leben und jahrhundertelanger Beobachtung gegriffenes Beispiel für die Bedeutung des Menstruations-Kohabitations-Zwischenraumes für die Geschlechtsbildung des Kindes wurden nun schon seit geraumer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit die Verhältnisse bei den orthodoxen, die alten Gebräuche und Sittengesetze vorschriftsgemäß einhaltenden Juden betrachtet. Die Beobachtung, daß der geburtliche Knabenüberschuß bei jüdischen Kreisen der Bevölkerung im gleichen Land, im gleichen Klima und unter denselben äußeren Verhältnissen ein größerer ist als etwa bei den in Vergleich gebrachten katholischen und protestantischen Bevölkerungsklassen, bezog sich ja zunächst nach der Art der Feststellung überhaupt auf alle Angehörigen der jüdischen Konfession. Unter Außerachtlassung der Art der Gewinnung dieser Statistik wollten aber gewisse Behauptungen die Ursache des erhöhten Knabenüberschusses bei den Juden darin erblicken, daß infolge der bereits im Alten Testament aufgestellten Gesetze über das Verhalten bei der Menstruation der geschlechtliche Verkehr auf eine bestimmte, von der Menstruation ziemlich weit entfernte Zeitspanne beschränkt sei, und daß gerade in diesen Tagen die Kohabitation bzw. Befruchtung für die Bildung des männlichen Geschlechtes förderlich sei.

Die betreffenden sittengesetzlichen Vorschriften, deren Ursprung im einzelnen hier nicht näher nachgewiesen werden soll, stützen sich in der Hauptsache auf das 3. Buch Moses, Kap. 15, Verse 19 und 28, sowie auf Ausführungs- und Erläuterungsbestimmungen im Talmud. Durchschnittlich 12 Tage nach Beginn der Menstruationsblutung findet kein geschlechtlicher Verkehr statt. Da von der 28tägigen Menstruationszwischenperiode auf diese Weise 12 Tage, also nahezu die Hälfte, bereits ausgeschaltet sind, kann der Kohabitationstermin auf viel genauere Zeit festgelegt werden, als es ohne eine derartige Einschränkung möglich wäre. So ist es zu verstehen, daß Beobachter, die ihr Augenmerk auf den Zusammenhang von Menstruation und Befruchtung richteten, die Verhältnisse bei den orthodoxen Juden (vielfach aber nur bei den Juden insgesamt) als willkommenen Anhaltspunkt zur Bestätigung ihrer Theorien benutzten.

Nun ist zunächst eine endgültige Entscheidung über die Frage, ob in der Tat bei den Juden mehr Knaben geboren werden, als dem Durchschnitt der Bevölkerungszahlen entspricht, bisher noch nicht geliefert worden. Es existieren zahlreiche Statistiken, die jedoch durchweg ein verhältnismäßig kleines Zahlenmaterial zur Grundlage haben und infolgedessen keine hohe Beweiskraft besitzen. Die Annahme, daß in der Tat bei den Juden im allgemeinen (orthodoxe und nichtorthodoxe zusammen betrachtet) ein besonders hoher Knabenüberschuß besteht, ist indes sehr wahrscheinlich. In fast allen Statistiken, die über jüdische Geburtenzahlen aufgestellt wurden, bewegt sich die Höhe des Knabenüberschusses zum mindesten an der oberen Grenze des Normalen, meist geht sie ganz beträchtlich über die Norm hinaus.

Die Statistik nun, die aus den jüdischen Geburtenzahlen auf den Zusammenhang von Menstruations- und Befruchtungstermin schließen und von da ausgehend neue Theorien aufstellen will, ist aber ganz besonders schwach fundiert. Die Frage, ob die bei den gesetzesgläubigen und gesetzebefolgenden Juden beobachtete Einhaltung eines durch Karenz infolge der Menstruation verhältnismäßig eng begrenzten Kohabitationszeitraumes für die Geschlechtsbildung des Kindes erkennbare Folgen zeitigt, erfordert bei der Beurteilung eine entscheidende weitere Einschränkung: die Anzahl der sich streng an die rituellen Vorschriften haltenden orthodoxen Juden in den Kulturländern,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

namentlich in für exakte Zählung zunächst allein in Betracht kommenden Ländern Westeuropas usw., ist außerordentlich gering. Sie wird von kundiger Seite auf etwa 10 Proz. der gesamten jüdischen Bevölkerung geschätzt. Zum Studium der einschlägigen Verhältnisse, zum Vergleich mit den übrigen Teilen der Bevölkerung stehen also keinesfalls mehr als 0,1 Proz. der Gesamtbevölkerung zur Verfügung. Ein solch kleiner Bruchteil kann nicht ohne weiteres mit den statistischen Ziffern bei der Gesamtbevölkerung in Parallele gesetzt werden, zum mindesten nicht, ohne daß man sich der eingeschränkten Vergleichsgültigkeit deutlich bewußt ist[1]). Es wäre noch etwas anderes, wenn die beobachteten Verhältnisse bei den orthodoxen Juden so eindeutige und überzeugende Tatsachen darstellen würden, daß ihnen gewissermaßen der Wert eines physiologischen Experimentes zukäme und der Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen gar nicht mehr notwendig wäre. Das ist aber in Wirklichkeit keineswegs der Fall. Auch die berichteten Zahlen erhöhten Knabenüberschusses bei jüdischen Geburten — in dem gewählten Beispiel — sind nicht so groß, daß sie biologischen Versuchsergebnissen gleichkämen, sondern erhalten lediglich beim statistischen Vergleich mit den Geburtenzahlen der anderen Bevölkerungsteile einen bemerklichen Ausnahmewert.

Wie wenig genau und mit welcher Leichtigkeit bei solchen Aufstellungen zuweilen vorgegangen wird, das geht — immer wieder an dem gewählten Beispiel sichtbar — daraus hervor, daß bisher noch nicht untersucht worden ist, ob zwischen dem Geschlechtsverhältnis der geborenen Knaben und Mädchen bei orthodoxen und nichtorthodoxen Juden ein Unterschied besteht. Und doch könnte gerade dieser Punkt allein die Entscheidung über diese und andere in Frage stehende Probleme liefern. Hier wäre auch der Vergleichsfehler infolge Benutzung allzu verschieden großer Zahlen um das Zehnfache kleiner als beim Vergleich jüdischer und nichtjüdischer Bevölkerungskreise, wenn allerdings auch die dem Vergleich zugrunde liegenden Gesamtzahlen (einerseits Geburtenzahlen bei den orthodoxen jüdischen Familien, andererseits Geburtenzahlen bei den nichtorthodoxen jüdischen Familien) nicht groß sein können und so in ihrer Gesamtheit dem Fehler der kleinen Zahl unterliegen müssen. Nur wenn hier einwandfrei große Unterschiede zwischen der Knabengeburtsziffer bei orthodoxen und nichtorthodoxen Juden gegeben wären, könnte man — nach Ausschaltung aller übrigen Einflußpunkte — daran denken, daß ein Zusammenhang zwischen Kohabitationstermin und Menstruationskarenz besteht. Solange ein solcher Beweis nicht geliefert ist — und es sind nicht einmal die bescheidensten Ansätze dazu vorhanden —, solange muß die Aufstellung einer dahin zielenden Theorie oder die Heranziehung der bei „den Juden"

[1]) Wie unzulässig es ist, kleine Zahlenwerte zu bevölkerungsstatistischen Vergleichen zu benutzen, wie sicher schwere Trugschlüsse daraus entstehen müssen, ist anderenorts an einem deutlichen Beispiel dargelegt (Schweisheimer, Der Krieg 1914/18 und die Bevölkerungsbewegung in Bayern. Zeitschr. f. Sozialwissenschaft 1919, S. 560). Es betrifft das Verhalten des Zahlenverhältnisses der Geschlechter bei der Geburt im deutschen Bundesstaat Schaumburg-Lippe. Im Bundesstaat Schaumburg-Lippe trafen auf 1000 Mädchengeburten:

Im Jahre 1915	863 Knaben	Im Jahre 1913	956 Knaben
„ „ 1914	1050 „	„ „ 1912	1092 „

Diesen enormen Schwankungen gegenüber bewegte sich die Verhältniszahl der Knabengeburten im ganzen Deutschen Reiche während dieser vier Jahre zwischen 1060 und 1065!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beobachteten Verhältnisse zur Unterstützung einer derartigen Hypothese als unbewiesen und unrichtig abgelehnt werden.

In der Tat ist die höchstwahrscheinlich vorhandene Steigerung des Knabenüberschusses bei jüdischen Familien auf viel weniger komplizierte Weise zu erklären. Unter den Tot- und Fehlgeburten befinden sich in erhöhtem Maße Knaben, und je geringer die Zahl der Tot- und Fehlgeburten ist, desto mehr steigert sich der Anteil der Knaben an den Lebendgeburten, desto höher wird also der schließlich resultierende Knabenüberschuß. Nun sind aber, wie vielfache Beobachtungen feststellen, die Tot- und Fehlgeburten bei jüdischen Familien anscheinend geringer als bei den übrigen Bevölkerungsteilen, soweit eben diese beiden Bevölkerungsgruppen als jeweils vergleichbare Einheiten betrachtet werden. Die Ursachen für diesen Unterschied sind in verschiedenen Umständen begründet. Die Juden der westeuropäischen Länder befinden sich überwiegend auf einem gehobenen sozialen und wirtschaftlichen Niveau. Hand in Hand mit einer Verbesserung der allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse geht aber auch eine Verbesserung der hygienischen Zustände, und diese Änderung wiederum tritt in einer Verminderung der Tot- und Fehlgeburten zutage. Auch bei den vielfach unter ungünstigen sozialen und demzufolge unter weniger hygienischen Verhältnissen lebenden jüdischen Bevölkerungsteilen der osteuropäischen Länder, die in der Mehrzahl orthodox sind und die rituellen Vorschriften einhalten, wird gerade durch die Befolgung der Sittengesetze ein gewisser Grad hygienischer Umsicht auch unter sonst ungünstigen Verhältnissen bewahrt. Denn diese jüdischen Vorschriften, wie auch die Sittengesetze anderer Religionen, beruhen letzten Endes vielfach auf hygienischen Überlegungen des Gesetzgebers. Dieser Ursprung der religiösen Gesetze ist in Vergessenheit geraten; nichtsdestoweniger wirkt die mechanische, auf Überlieferung und Autoritätsglauben gestützte Befolgung der Gesetzesvorschriften in den gesundheitlichen Folgen vielfach genau so, als wenn hier bewußt durch hygienisch besseres Verhalten gesundheitliche Schädigungen vermieden werden sollten.

Die im Durchschnitt gehobene soziale Lage der Juden ermöglicht gesteigerte Rücksicht auf die schwangeren Frauen sowie die baldige Zuziehung ärztlicher Hilfe in Fällen, wo sie notwendig erscheint. Auf solche Weise erklärt sich die Verminderung der Fehl- und Totgeburten bei den Juden, wie sie Auerbach[1]) beispielsweise an Hand des Budapester Zahlenmaterials von 1901 bis 1905 nachweist, zwanglos von selbst. In zweiter Folge resultiert daraus stärkeres Lebenbleiben der jüdischen Knaben und damit ein den übrigen Bevölkerungsklassen gegenüber, bei denen nicht nach wirtschaftlich gehobenen und nicht gehobenen Schichten, nicht nach gesundheitlich unter günstigeren oder ungünstigeren Umständen lebenden Klassen unterschieden wird, im Durchschnitt erhöhter Knabenüberschuß. Wenn diese Erklärung vielleicht zahlenmäßig noch nicht genügend gestützt ist, so ist sie immerhin doch weit besser begründet als die Ansicht, daß gesteigerter Überschuß bei den Knabengeburten der Juden auf einen Zusammenhang zwischen Menstruation, Karenzzeit, Kohabitationstermin und kindlicher Geschlechtsbildung zurückzuführen sei.

[1]) Archiv f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, Bd. 9, S. 10, 1912.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist hier ein beliebiges Beispiel aus der statistischen Beweisführung über jüdische Biologie herausgegriffen und absichtlich etwas eingehender dargestellt worden, um darzulegen, zu welchen Trugschlüssen derartige nicht in die Tiefe dringende Überlegungen den Weg weisen und weisen müssen. Aber was hier für den willkürlich aufgestellten Einfluß der sittengesetzlich gebotenen Menstruationszwischenraumkarenz auf die Geschlechtsbildung des Kindes gilt, das ist mutatis mutandis auf, man kann ruhig sagen, nahezu jedes biologische und hygienische Gebiet der Rassenforschung anzuwenden.

Soweit es sich um politisch oder rassenpolitisch orientierte „Statistiken" handelt, mögen Entstellungen gerade recht sein: nicht Exaktheit und Voraussetzungslosigkeit sind die Waffen der Demagogie, sondern Tendenz und Hemmungslosigkeit. Aber bei den vorliegenden Betrachtungen handelt es sich lediglich um wissenschaftliche Bewertung wissenschaftlicher Arbeiten. Und da muß man sagen, es ist unverständlich, wie ein solcher Mangel an Verantwortungsbewußtsein heute noch in zahlreichen medizinisch-statistischen und biologisch-statistischen Arbeiten leben kann, nachdem doch Männer wie Prinzing und Weinberg den Weg gewiesen haben, der gegangen werden muß, die Fallstricke gezeigt, die zu vermeiden sind. Das gilt, ganz allgemein gesprochen, nahezu für jedes Sondergebiet medizinisch-biologischer Forschung, das man näher in Augenschein nimmt.

In einer kleinen, soeben erschienenen Schrift[1]) bemüht sich Gutmann in voller Objektivität, auf Grund der vorhandenen statistischen Unterlagen über den heutigen Stand der Rasse- und Krankheitsfrage bei den Juden zu unterrichten. Der Verfasser ist sich bewußt, daß es die Wissenschaftlichkeit des Themas verbietet, schwerwiegende Schlüsse zu ziehen, wo noch die Grundlagen der Forschung fehlen. In knapper, präziser Form, fast nirgends eingeengt durch subjektive Anschauung, wird eine Darlegung der heute gesichert erscheinenden Tatsachen auf dem betrachteten Gebiet gegeben. Wer sich eingehender mit der Frage befaßt, wird die Darstellungsweise und die angeführten Belege zu kurz finden. Auch die ausgedehnte, im Anhang beigegebene Bibliographie bietet für den Mangel an Ausführlichkeit keinen Ersatz. Diese Kürze ist aber zweifellos beabsichtigt, und sie wird andererseits dem nach festen Grundlagen Suchenden gerade willkommen sein. Manche Einzelheiten sind von hohem Interesse, im biologischen wie im medizinischen Teil, so die Darlegungen über die nervösen Störungen bei Juden, ihre statistische Erfassung und die Behinderung der richtigen Deutung statistischen Nachweises bei Nervenkrankheiten. Auffällig ist die Zunahme der organischen Nervenkrankheiten bei Juden in den letzten Jahrzehnten. Die Anzahl der Erkrankungen steigt vom Osten Europas nach dem Westen zu. Als Ursache wird die Lues betrachtet, die bei den Juden angeblich zum erstenmal epidemisch auftritt und dabei ungeheure Vernichtung anrichtet. Gutmann weist hier auf die Forschungen Arnings bei Völkern des Indischen Ozeans hin, bei denen das erstmalige Auftreten der Syphilis beobachtet wurde; es boten sich bei ihnen fast die gleichen Erscheinungen wie bei den „zivilisiert-syphilisierten" Völkern, nur soll die Nervenlues im Vordergrund gestanden haben.

[1]) Über den heutigen Stand der Rassen- und Krankheitsfrage der Juden. München, Müller & Steinicke, 1920.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Anschluß an sein eigentliches Thema führt Gutmann einige kurze Beobachtungen an, für deren Deutung er den Namen „Spätkindtheorie" geprägt hat. Er hat gefunden, daß in manchen kinderreichen Familien die späten Kinder in auffälliger Weise einem der Eltern in körperlicher, noch mehr in geistiger Hinsicht ähnlich sehen. In einem Fall wurde beispielsweise der letzte Knabe einer Familie mit sieben Kindern nach einem kinderfreien Intervall von fast 10 Jahren, das letztgeborene Mädchen vier Jahre später geboren; der Sohn gleicht in erwachsenen Jahren auffällig dem Vater, das Mädchen der Mutter, mehr als irgend eines der fünf vorausgegangenen Kinder. Kinderreiche Ehen waren in früheren Jahren eine Selbstverständlichkeit. So waren gemäß der Spätkindertheorie auch immer Kinder dieser Art vorhanden, die ganz besonders die Eigenart der Ahnen bewahrten und die erreichten seelischen und intellektuellen Eigenschaften der Eltern übernahmen. So gewinnt eine große Kinderzahl eine neue Beleuchtung. Unnötig zu sagen, daß hier nicht der Spätehe das Wort geredet wird. Gutmann erblickt vielmehr in der Ermöglichung der Frühehe so viele Vorteile für den Nachwuchs und so viel Kräftigung der Persönlichkeit, daß nur dadurch eine Kindererzeugung in späteren Jahren von eugenischem Standpunkt aus wünschenswert erscheint. Es erhebt sich die Forderung der Vielkinderehe aus eugenischen Gründen. Eine weitere Ausführung der erst angedeuteten Spätkindtheorie ist in Aussicht gestellt. Soweit man aus den bisherigen geringen Angaben schließen darf, kann man ihr keine günstige Prognose stellen.

Die besprochene Schrift faßt in kurzer Weise die Grundlagen des heutigen Wissens über die Rasse- und Krankheitsfrage der Juden zusammen. Diese Arbeit als Unterbau ist nötig gewesen. Sie allein bringt uns indes dem Erkennen und Verstehen der wirklichen Triebkräfte nicht näher. Dazu sind ganz neue, aus verschiedenen Quellen strömende, nach verschiedenen Richtungen hin sich verbreitende Forschungswege erforderlich. Die Forderung einer Sonderung statistischer Ergebnisse nach Altersklassen, um alterlich Gleichwertiges bei den einzelnen Vergleichsobjekten einander gegenüberzustellen, die noch viel wichtigere Forderung der Ordnung des physiologischen und hygienischen Zahlenmaterials nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten, die verschiedene soziale und hygienische Wirkung mit sich bringen — sie zeigen die Hauptrichtungen an, in denen die Forschung zunächst weiterschreiten muß. Es soll nicht bestritten werden, daß bei den Juden schon ein Jahrtausende altes verwertbares statistisches Material besteht, beruhend auf der berechtigten Annahme einer Befolgung der sittengesetzlichen Vorschriften. Einen richtigen Einblick werden aber doch erst Untersuchungen ermöglichen, die nach den neueren Methoden statistischer Forschung ausgeführt sind. Die Arbeiten von Auerbach, Fishberg, Theilhaber u. a. weisen den einzuschlagenden Weg. Aber immer wieder ist bei dieser Frage der Hinweis nötig, daß nur tendenzfreie, wahrhaft wissenschaftliche Arbeiten Aussicht auf Klärung des Verständnisses mit sich bringen. Jede Arbeit, die diese Forderungen nicht erfüllt, verschleiert und verfälscht Problem und Weg und trübt von neuem das kristallklare, langsam sprudelnde Wasser der Erkenntnis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besprechungen.

Hanauer. Die öffentliche Gesundheitspflege in Frankfurt a. M. Ihre Gegenwarts- und Zukunftsaufgaben. 72 S. Frankfurt a. M., Herm. Minjon, 1920. 5 M.

Die gesundheitlichen Einrichtungen in Frankfurt a. M. sind von jeher vortreffliche gewesen. Die Kriegszeiten haben auch da manches verschlechtert. Was zum Wiederaufbau und zur Fortentwickelung notwendig erscheint, schildert Verf., wobei die tatsächlichen Verhältnisse auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege dargelegt werden.

Frankfurt besitzt ein Stadtgesundheitsamt mit einem Oberstadtarzt; letzterer ist aber noch nicht Magistratsmitglied. Auch wird bemängelt, daß noch nicht alle Angelegenheiten des Gesundheitswesens im Gesundheitsamt vereint sind.

Unter den gesundheitlichen Fragen spielt die Wohnungshygiene und die Ernährung heute, wie überall, auch in Frankfurt die wichtigste Rolle. Erleichterung der Bauordnung für den Kleinwohnungsbau, Bevorzugung des Flach- und Kleinhauses, Herabsetzung der Mindestforderungen, einfachere Gestaltung des Straßenkörpers sind geboten. In bezug auf die städtische Nahrungswirtschaft hat Frankfurt vorbildliches geleistet. Die Städte müssen zur Hebung der Produktion tierischer Nahrungsmittel und zur Verarbeitung und Verteilung von Lebensmitteln selbst beitragen. Es gilt überall, sich der Not der Zeit anzupassen und doch die wichtigsten gesundheitlichen Fragen nicht außer acht zu lassen. Solbrig (Breslau).

Richard Roeder. Die Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit im Verbande der Gesundheitsversicherung. Veröffentl. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung, 11. Bd., 5. Heft. 66 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1920. Brosch. 6,80 M.

Die Abhandlung ist ein Gegenstück zu der Neumannschen (vgl. diese Zeitschr. 1920, S. 394). Auch Roeder geht davon aus, daß das jetzige Ärztsystem fallen muß, da der freie Arzt sowohl in der Privat- als Kassenpraxis „abgewirtschaftet" hat. Er sucht zu beweisen, daß mit der heutigen Regelung ärztlicher Heiltätigkeit die Interessen der Gemeinschaft nicht gewahrt sind. Zum Beweise wird angeführt: 1. das berechtigte Verlangen der Gemeinschaft, daß jedes seiner Mitglieder so gut wie möglich behandelt wird, wird nicht erfüllt, solange derjenige, der am meisten bezahlen kann, sich auch die ausgiebigste Hilfe verschaffen kann; 2. durch die Schweigepflicht des Arztes bleibt der einzelne Arzt trotz seiner ungeheuren Verantwortung unkontrolliert; auch leidet infolgedessen beim Wechsel des Arztes die Kontinuität der Behandlung; 3. der Arzt im freien Beruf bleibt dauernd wissenschaftlich isoliert; 4. es fehlt eine gleichmäßige Verteilung der Kranken auf die Ärzte und der Ärzte auf Stadt und Land; 5. die ärztliche Fürsorge leidet bei der Teilung in behandelnde und Fürsorgeärzte; 6. die regelmäßige Untersuchung der gesamten Bevölkerung, als wichtige Ergänzung der Fürsorge, ist im freien Berufe undurchführbar. Bei der Kassenpraxis kommen diese Mängel zum größten Teil noch mehr zur Geltung. Kassenarzt und Kassenkranke sind unzufrieden.

Das Heil ist nach Roeder in einer vollständigen Umgestaltung des Heilwesens mit Sozialisierung des ärztlichen Berufes zu suchen. Bei der Erörterung des Begriffes „Sozialisierung" findet er als das Kernstück sozialistischer Lebensanschauung die Gemeinschaftsarbeit.

Der Plan des Verf. geht nun dahin, sämtliche Versicherungspflichtige in einer allgemeinen Ortskrankenkasse zu umfassen, Bezirke (von 60 000 Menschen) zu bilden, auf die jedesmal 40 Ärzte kommen (neben den nötigen Einrichtungen). In einem Gesundheitshause befindet sich das Zentrum der gesamten gesundheitlichen Maßnahmen. Hier werden die Sprechstunden abgehalten, wobei freie Ärztewahl herrscht. Die Arbeitszeit wird auf 7 bis 8 Stunden bei Wahrung eines gewissen Spielraumes bemessen. Eine Gesundheitskarte wird für jeden Bewohner des Bezirkes angelegt, die fortlaufend geführt wird und bei Wohnungswechsel und Arztwechsel mitwandert. Dadurch erst wird eine bisher noch fehlende Krankheitsstatistik ermöglicht. Die gesamte Fürsorge kann nun in der nötigen Weise von denselben Ärzten, die den Kranken behandeln, ausgeübt werden.

Das System ist von den Städten auf das Land auszudehnen. Eine Übergangszeit ist vorzusehen. Die Ärzte, mit festem Einkommen, wählen sich ihre Ausschüsse,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben im übrigen keine Vorgesetzten. Die wichtige Frage des Vertrauens zum Arzt glaubt Verf. hierbei befriedigend gelöst, während die Neumannschen Vorschläge hierin nicht befriedigen. Es wird aber doch hierbei vergessen, daß auf dem Lande die Auswahl unter den Ärzten für den Kranken doch nur eine beschränkte sein muß. Die Kosten werden als erschwinglich bezeichnet (wobei aber zu bemerken ist, daß die in Ansatz gebrachten Gehälter nicht ausreichen!).

Was Roeder darüber sagt, daß der Arzt auch als Angestellter wie aus Freude an seinem Beruf seine Pflicht tun wird, darf füglich nicht bezweifelt werden.

Ob diese Pläne sich verwirklichen werden? Ob sie die richtige Lösung sind? Roeder meint, die Sozialisierung der Heilpflege wächst aus der Sache heraus. Vielleicht ist es so! Solbrig (Breslau).

H. Blencke. Zur Frage der Hungerosteopathien. Veröffentl. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung, 11. Bd., 3. Heft. Berlin, Rich. Schoetz, 1920. Brosch. 4 M.

In der Heilanstalt von Prof. Dr. Blencke (Magdeburg) wurden zahlreiche Fälle von „Hungerosteopathie" aufgenommen und behandelt. Die Beobachtungen an diesem Material bieten in mancher Hinsicht wertvolle Ergänzungen zu den bisher über diesen Gegenstand veröffentlichten Darlegungen. Im Gegensatz zu der Ansicht von manchen Autoren wurden unter den Fällen echter Hungerosteopathie auch hochgradige Knochenerweichungen beobachtet, Fälle, wie sie in der Friedenspraxis unbekannt waren, darunter erhebliche Grade von Genu valgum, Coxa vera, Skoliosisbildung, schwere Fußdeformitäten usw. Im ganzen sind 58 Patienten mit echter Hungerosteopathie zur Aufnahme gekommen. Bemerkenswert ist, daß dieser Zustand sowohl bei gut wie schlecht genährten Personen vorkommt. Es ist weniger die Quantität als die Qualität der Kriegs- und jetzigen Kost als Ursache anzusehen. Wahrscheinlich kommt die Mineralverarmung der Zellen infolge Kalkdefizit (Fehlen der Milch!) und dadurch hervorgerufenes mangelhaftes Auftreten der Vitamine als ausschlaggebender Faktor in Betracht. Zuweilen war bei den Patienten mit starker Deformität ein Zurückbleiben der Geschlechtsorgane festzustellen. Die Diagnose ist nicht immer leicht zu stellen; differentialdiagnostisch kommen tuberkulöse Knochenerkrankungen, progressive Muskelatrophie u. dgl. in Betracht. Zuweilen ist Berufswechsel geboten. Therapeutisch ist der Zustand durch Phosphorlebertran und Kalkpräparate günstig zu beeinflussen.

Unter den Fällen waren am häufigsten Fußdeformitäten, dann Genu valgum, dann Coxa vera. Auch Genu varum, Unterschenkelkrümmungen u. a. kamen vor. Einige der Fälle werden durch recht instruktive photographische Wiedergaben illustriert. Solbrig (Breslau).

Dietrich (Berlin) und Grober (Jena). Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens. Jahrbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb von Krankenanstalten (Krankenhaus-Jahrbuch), 3. Bd., 287 S., 54 Abbild. Jena, G. Fischer, 1920. Brosch. 30 M., geb. 42 M.

Die Herausgabe dieses Bandes des bekannten Krankenhaus-Jahrbuchs hat sich durch das Dazwischentreten des Krieges verzögert und die neuen, durch unsere jetzigen nach jeder Richtung recht mißlichen Verhältnisse haben genötigt, in ihm der veränderten Grundlage unseres ganzen Krankenhauswesens, wie es durch die Neuzeit bedingt wurde, entsprechend Rechnung zu tragen. Diese Rücksichtsnahme macht das Jahrbuch für die praktische Verwendung natürlich ganz besonders brauchbar.

Von den verschiedenen darin behandelten Gegenständen sei zunächst erwähnt die von Dr. Classens, Direktor des Düsseldorfer Krankenhauses, gelieferten „Zeitgenössischen Behandlungen über Krankenhausbauten und Krankenhausbetrieb". Darin werden u. a. berührt die verschiedenen zurzeit bestehenden Verhältnisse bezüglich Steigerung der Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch die Zivilbevölkerung gegenüber den ersten Kriegsjahren, die Schwierigkeiten in Unterbringung der zunehmenden Fälle der Geschlechtskrankheiten, Erschwerung der Reinhaltung in dem vor dem Kriege stets üblichen Maße, Änderung in der Anschauung über den Wert der künstlichen Lüftung, welche in manchen neueren Krankenhäusern, z. B. in dem städtischen Remscheider Krankenhause, der natürlichen Lüftung durch die Fenster (Oberlichtöffnung mit Gegenluftöffnung oberhalb der Türen) Platz machen mußte, die Änderung hinsichtlich der Ansprüche auf Ausgestaltung und Ausstattung der einzelnen Räume, die neuzeitlichen Anträge auf Einschränkung der täglichen Dienstzeit des Krankenpflegepersonals und viele andere wichtige Fragen auf dem Gebiete des Krankenhauswesens. Daran schließt sich eine Abhandlung des Baurats Boethke (Berlin) über „Einige Neuheiten auf dem Gebiete der technischen Einrichtungen bei Krankenanstalten", ferner über Zentralstellen für das Krankenhauswesen von Stadtbaurat v. d. Spellen, deren Zweck sein soll, die Unterstützung und tatkräftige Förderung aller Bestrebungen, die Kosten des Neubaues und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Betriebes von Krankenanstalten unbeschadet der Beachtung der gesetzlichen Vorschriften und der unerläßlichen hygienischen Anforderungen herabzusetzen, wozu eine Reihe mannigfacher Mittel käme; endlich ein Kapitel über „Wissenschaftliche und Unterrichtsräume in Krankenanstalten" von Prof. Grober in Jena.

Der zweite Abschnitt enthält „Anstaltsbeschreibungen", so von Dr. H. Werner: „Der Neubau der Krankenabteilung des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg"; von Prof. Dr. Herm. Schride: „Das pathologische Institut der Stadt Dortmund" und von Baurat Boethke über: „Die Kinderkrüppel-Heil- und Erziehungsanstalt Oskar-Helene-Heim Berlin-Dahlem", die zwei letztgenannten Abhandlungen mit zahlreichen, sehr guten und instruktiven Bildern. Bezüglich der Kosten der Krüppelanstalt wäre zu bemerken, daß die Ausgaben einschließlich der Umrechnung der Gartenanlagen, der Installationen für Heizung, Wasserversorgung, elektrische Beleuchtung, maschinelle Anlage für die Waschküche, Kocheinrichtungen rund 1 200 000 M. betrugen, also, da 300 Zöglinge untergebracht sind, 4000 M. pro Bett. Dies beruht hauptsächlich darauf, daß die erforderten Räume in einem denkbar kleinen Baukubus, in einem Einheitsbau (das kleine Infektionsgebäude und das Beamtenwohnhaus kommt nicht in Betracht) zusammengefaßt wurden, ferner dadurch, daß die baupolizeilich zulässigen Geschosse, insbesondere auch das Untergeschoß und das Dachgeschoß in ausgiebigster Weise ausgenutzt wurden und die Korridorlage eine sogenannte „zweibündige", das ist Räume zu beiden Seiten hat.

Im dritten Abschnitt sind verschiedene gesetzliche und behördliche Verordnungen, gerichtliche Entscheidungen, Betriebsvorschriften und statistische Mitteilungen enthalten, welche auf Anlage, Bau und Einrichtungen von Krankenanstalten, Zuständigkeit der Ortspolizeibehörde für gesundheitspolizeiliche Anordnungen gegenüber Krankenanstalten, Ausübung der Krankenpflege auf Krankenhausabteilungen für männliche Geschlechtskranke, Verpflegungssätze usw. usw. beziehen. Einige Referate über auf Krankenhauswesen bezügliche Schriften bilden den Schluß des Werkes.

Ein kurzes Register erleichtert den Gebrauch des Buches, das zweifellos von Ärzten und Verwaltungsbehörden gern und mit Vorteil für ihre Aufgaben benutzt werden wird. Spaet.

Frey. Das Gesundheitswesen im deutschen Verwaltungsgebiet von Polen in den Jahren 1914 bis 1918. Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt, Bd. 51, Heft 4, S. 583 bis 733. Berlin, J. Springer, 1919.

Frey. Bilder aus dem Gesundheitswesen in Polen. 135 S., 150 Abbildungen. Berlin, Gea-Verlag, 1919.

Die umfangreiche und großzügige Arbeit, die in Polen während der Zeit des Krieges von der deutschen Verwaltung auf hygienischem Gebiete geleistet worden ist, hat hier und da in der Tagespresse und den medizinischen Fachblättern früher schon teilweise Schilderung und Würdigung gefunden. Nun erstattet der frühere Leiter der Medizinalverwaltung beim Verwaltungschef in Warschau, der jetzige Direktor im Reichsgesundheitsamt Dr. Frey, zusammenfassend Bericht über die gesamte Sanierungstätigkeit in Polen und ihre Erfolge. Es ist eine glänzende Kulturleistung, die wir Volk der Hunnen und Barbaren in dem hygienisch grenzenlos erbärmlichen Polen geschaffen haben. Mit berechtigtem Stolz können wir darauf zurückschauen. In der heutigen Zeit der Verkommenheit, wo man nur zu oft in die Versuchung kommt, seine Zugehörigkeit zum deutschen Volke als Schmach und Schande zu empfinden, wirkt ein Überblick über das von uns in Polen selbstlos und aufopfernd zur Hebung der Gesundheitszustände eines fremden, und innerlich feindlichen Landes Unternommene wahrhaft erhebend, weil er die Tüchtigkeit der alten Zeit ins hellste Licht rückt. Die prächtige klare Darstellung des Verfassers macht das Studium der Schrift daneben noch zu einer besonderen Freude.

Gleich nach Kriegsbeginn, mit der Besetzung der ersten polnischen Landesteile, setzte in Verbindung mit der allgemeinen Verwaltung auch eine gesundheitliche Fürsorge für das Land ein. Referent, der den ersten Kriegswinter über mit dem Verfasser des vorliegenden Werkes arbeitete, stellte gemeinsam mit ihm den Plan für die nächsten zur Sanierung erforderlichen Maßnahmen auf. Es mußte eine kräftige Bekämpfung der in Polen von jeher verbreitet herrschenden Infektionskrankheiten sofort einsetzen, um das Heer und die heimische wie die eingeborene Bevölkerung vor ihnen zu schützen. Die Beschaffung gesundheitsmäßiger Nahrungsmittel war eine weitere Aufgabe. Und endlich mußte eine genügende Versorgung des Landes mit Heilpersonal und Heilmitteln, woran es sehr gebrach, angestrebt werden. Wie dieses Programm in immer steigendem, der fortschreitenden Besetzung des Landes sich anpassenden Umfange, aber auch im Laufe der Zeit dank der außerordentlichen Tatkraft des Dr. Frey in zunehmender Vertiefung durchgeführt worden ist, kann hier im einzelnen natürlich nicht besprochen werden. Es sei nur erwähnt, daß schließlich nicht weniger als 54

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutsche Medizinalbeamte tätig waren, von denen 13 ihre Aufopferung mit dem Leben bezahlten, davon 7 allein infolge Fleckfiebererkrankung; daß ein Hygienisches Institut in Lodz eingerichtet, eine Anstalt zur Erzeugung von Pockenlymphe und ein Wutschutzimpfungsinstitut neu organisiert wurden, daß zahllose Krankenhäuser, Desinfektions- und Entlausungsanstalten neu geschaffen, Krankenpfleger und Desinfektoren ausgebildet, Wasserversorgungen und Entwässerungen gebessert, die Prostitution überwacht, 4,9 Millionen der rund 7,5 Millionen Einwohner gegen Pocken geimpft wurden. Im Jahre 1917 wurden beispielsweise 16 Millionen Mark, nicht weniger als 16 Proz. der Gesamtausgabe für Gesundheitszwecke verwendet.

Der Erfolg aller dieser Arbeit konnte sich selbstverständlich erst allmählich einstellen, zumal die Einwohnerschaft in ihrer Indolenz sich den Maßnahmen gegenüber vielfach gleichgültig verhielt oder sogar, wie besonders die unglaublich tiefstehende, über 1 Million Köpfe zählende jüdische Bevölkerung, ihnen passiven Widerstand entgegensetzte. Dennoch waren z. B. in der Unterdrückung des Fleckfiebers und der Pocken die Bestrebungen schon von deutlicher Wirkung und auch sonst Fortschritte unverkennbar.

Die deutsche Verwaltung war, als der Zusammenbruch kam, im Begriff, wie andere Zweige der staatlichen Aufsicht so auch das Gesundheitswesen den Polen zu eigener Weiterführung in die Hände zu geben. Zu dem Ende waren polnische Ärzte besonders ausgebildet und von den deutschen Medizinalbeamten praktisch angelernt worden. Die Zukunft muß zeigen, ob die Polen imstande sind, das, was deutsche Arbeit geschaffen hat, fortzuführen oder auch nur zu erhalten.

Die „Bilder aus dem Gesundheitswesen in Polen", eine Sammlung von 150 photographischen Aufnahmen mit kurzem erläuternden Text, sind ein trefflicher Anschauungsstoff für Verbildlichung der Zustände in Polen, wie sie waren und wie sie unter deutscher Herrschaft wurden. Abel.

Alfred Steinitzer. Körperliche Ertüchtigung durch Schule, Gemeinde und Staat eine nationale Lebensfrage. 159 S. München und Berlin, R. Oldenbourg, 1918. 4,65 M. und 25 Proz. Verlegerzuschlag.

Unter dem Leitmotiv „Volkskraft und Wehrkraft sind eins" werden zunächst Spiel und Sport als Mittel der körperlichen Ertüchtigung geschildert. Die mannigfaltigen Beziehungen des Sports zu den heutigen Lebensformen: Seine psychologische, biologische, hygienische, sittliche Bedeutung werden dargelegt, ebenso die Aufgabe des Sports gegenüber Staat und Gesellschaft. Daß einzelne Beweisgründe statistischer Art der wissenschaftlichen Kritik gegenüber einen schweren Stand haben würden, tut dem Werte des gedankenreichen Buches keinen wesentlichen Abbruch; ebensowenig, daß der Inhalt des zweiten Teiles, der die Zusammenhänge zwischen Sport, Wehrkraft und Krieg schildert, infolge der Ereignisse seit der Niederschrift des Buches für uns nur noch historisches Interesse hat, da nach dem Willen unserer Feinde ja Wehrkraft und Krieg nicht mehr für uns existieren dürfen. Die zu dritt angeschlossenen Forderungen, namentlich hinsichtlich der militärischen Erziehung der Jugend, bringen aber viele auch unter den heutigen Verhältnissen zu erfüllenden Anregungen, z. B. in der Spielplatzfrage, hinsichtlich der Arbeitszeit und namentlich für die Erziehung auf den Schulen. Gerhard Wagner (Jena).

Philalethes Kuhn. „Gedenke, daß du ein deutscher Ahnherr bist." 15 S. Dresden und Leipzig, Theodor Steinkopf. 1,20 M.

In der vorliegenden Festrede anläßlich des 92. Gründungstages der Sächsischen Technischen Hochschule Dresden bekennt sich Kuhn zur Rassenhygiene als oberstem Gebot, deren Forderungen den Lehren der sozialen und persönlichen Hygiene voranzustellen sind. Angesichts der Schädigungen, die das Erbbild unseres Volkes infolge der Gegenauslese durch den Krieg erlitten hat, muß das Prinzip der Auslese der Tüchtigen hochgehalten werden, statt, wie früher, allzuviel Gewicht auf die Quantität zu legen: Austausch von Gesundheitszeugnissen vor Eingehung der Ehe, Unfruchtbarmachung von Verbrechern und Geisteskranken sowie Ermöglichung der Frühehe als sicherstes Vorbeugungsmittel gegen die Geschlechtskrankheiten und ihre späteren Folgen sind die hierfür geeigneten Maßnahmen. Gerhard Wagner (Jena).

Alex. Schackwitz. Über psychologische Berufs-Eignungsprüfungen für Verkehrsberufe. 181 S. Berlin, Julius Springer, 1920.

Verf. bespricht zunächst kritisch die bisher bekannt gewordenen Eignungsprüfungen für Verkehrsberufe, wie sie von Münsterberg für Straßenbahn- und Schiffsführer, ferner von Moede und Piorkowski für Kraftfahrer, von William

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stern für Straßenbahnführerinnen und von Ulbricht und Schreiber für die sächsischen Staatseisenbahnen in Vorschlag gebracht wurden. Er lehnt alle diese Methoden völlig ab, da sie von bestimmten, lediglich erkenntnistheoretischen Voraussetzungen ausgehen und ihre Erfolge trotz gegenteiliger Behauptung der betreffenden Autoren nicht bewiesen sind. Schackwitz formuliert die Mindestforderungen, die an psychologische Berufs-Eignungsprüfungen zu stellen sind; für ihre Bewertung verlangt er insbesondere einen Vergleich des Prüfungsergebnisses mit der späteren tatsächlichen Berufsleistung. Unter möglichster Einhaltung dieser Bedingungen wurde eine behelfsmäßige Apparatur zusammengestellt, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen. Mittels dieser wurden 67 Straßenbahnführer (36 Männer und 31 Frauen) geprüft. Die Ergebnisse der Versuche, deren Protokolle in allen Einzelheiten wiedergegeben werden, stimmten nur in etwa zwei Drittel der Fälle mit den praktischen Leistungen, über die ein Urteil der Straßenbahn eingeholt wurde, überein. In den übrigen, verschieden beurteilten Fällen war die Leistung im Fahrdienst nur einmal schlechter als das Prüfungsergebnis; 12 Prüflinge wären zu Unrecht von einem Beruf zurückgehalten worden, in dem nachher 10 „gute" und 2 „genügende" Leistungen aufwiesen. Hervorgehoben wird, daß alle Prüflinge, die eine unzureichende Prüfungsleistung aufwiesen und auch im praktischen Dienst versagten, bei der eingehenden ärztlichen Untersuchung gleichfalls als ungeeignet erkannt wurden. Schackwitz sieht also in seinen eigenen Versuchsergebnissen seine Bedenken gegen die psychologischen Prüfungsmethoden und ihre Voraussetzungen bestätigt. Er glaubt in einer sorgfältigen Untersuchung durch Ärzte, die mit den in Frage kommenden Berufsanforderungen, sowie mit den entsprechenden Untersuchungsmethoden genau vertraut sind, ferner in sorgfältiger Beobachtung der Berufsanwärter während der Lehr- und Probezeit mit strenger Beurteilung bei der Ablegung der praktischen Fahrprüfung genügende Möglichkeiten für die Fernhaltung ungeeigneter Elemente von den Verkehrsberufen zu sehen.

Als Nebenbefund ergab sich u. a. für die forensisch wichtige Psychologie der Zeugenaussagen der experimentelle Nachweis der Unmöglichkeit, über Geschehenes der jüngsten Vergangenheit bei gleichzeitigen Willenshandlungen genau und lückenlos zu berichten.

Allen denen, die sich mit der zeitgemäßen Frage der Berufsberatung befassen, ist das eingehende Studium der außerordentlich kritisch abgefaßten Abhandlung zu empfehlen. Gerhard Wagner (Jena).

Dr. med. H. Moeser. Alkoholismus, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. Ein Beitrag zum Kampfe gegen die drei schlimmsten Volksseuchen. Frankfurter zeitgemäße Broschüren, 39. Bd., Heft 4. Hamm (Westf.), Breer & Thiemann.

In allgemeinverständlicher Weise stellt der Verfasser die Zusammenhänge der drei Volksseuchen dar. Eindringlich wird nachgewiesen, daß der Kampf gegen den Alkoholismus heute noch genau so notwendig ist wie vor dem Kriege, eine Ansicht, die leider nicht genug verbreitet ist. Der Alkoholismus als indirekte Ursache der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten wird am erfolgreichsten durch die Abstinenz bekämpft. Aufklärung, Stärkung des religiösen Sinnes und Willenszucht sind andere Waffen. Für Aufklärungszwecke ist die kleine Schrift recht geeignet, besonders da sich der Verfasser von den manchmal üblichen Übertreibungen der Abstinenz fernhält. Dresel (Heidelberg).

Dr. Max Marcuse. Die sexuologische Bedeutung der Zeugungs- und Empfängnisverhütung in der Ehe. Vortrag, gehalten in der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung am 10. Oktober 1919 in Berlin. Stuttgart, Ferd. Enke, 1919.

Eingangs stellt der Verfasser seine in dem Buche „Der eheliche Präventivverkehr" niedergelegten Ergebnisse dem Beitrag zur „Frage der Geburtenbeschränkung" von Prof. Polano gegenüber. Beide Ergebnisse decken sich gut. Der Verfasser sucht dann die Gegensätze zwischen den Wirtschafts- und den Seelentheoretikern bei der Frage nach der Ursache der Geburtenbeschränkung zu mildern, stellt sich aber selbst zur Psychogenese. Die Revolutionswirkungen, die kommunistische Propaganda, die Stellung der Sozialdemokratie, die Bedeutung des Präventivverkehrs für die Gesundheit und das ethische Problem der Berechtigung oder Nichtberechtigung zum Präventivverkehr werden kurz beleuchtet. Die geistreiche, an sich pessimistische Auffassung des Verfassers regt zum Nachdenken an. Ob sie den Tatsachen gerecht wird, was ja durch allzu große Nähe zu den Erschütterungen der Gegenwart erschwert ist, muß die Zukunft lehren. Dresel (Heidelberg).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. Fritz Rott. Das Problem der Erfassung der fürsorgebedürftigen ehelichen Säuglinge. Sonderdruck aus den Beiträgen zur Physiologie, Pathologie und sozialen Hygiene des Kindesalters aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus. Berlin, J. Springer, 1919.

Es wird eine Differenzierung des Begriffes und des Umfanges der Fürsorgebedürftigkeit bei Säuglingen gegeben, die erkennen läßt, daß als besonders gefährdete Säuglinge 1. die unehelichen und 2. die der außerhäuslich erwerbstätigen Ehefrauen anzusehen sind. Bisher fehlen Möglichkeiten, die zweite Gruppe durch die Fürsorge ausgiebig zu erfassen. Es wird eine Änderung des Abschnittes 4 des Jugendfürsorgegesetzentwurfes zugunsten der (ehelichen) Kinder der außerhäuslich erwerbstätigen Frauen vorgeschlagen. Die umfassend begründeten Anregungen des Verfassers sind geeignet, eine große Lücke in der Säuglingsfürsorge auszufüllen.

Dresel (Heidelberg).

Prof. Dr. Robert Gaupp. Das sexuelle Problem vom psychologischen Standpunkt. Ansprache an die Studentenschaft der Universität Tübingen. Tübingen, H. Laupp, 1920.

Wer berücksichtigt, daß es sich um keine „Lösung einer aktuellen Frage" handelt, wird aus den sachlichen ernsten Worten manche Erkenntnis und Anregung gewinnen. Eine Hilfe in den Nöten der Jugend, wie der Verfasser es hofft, werden die Ausführungen nicht allen sein können. Die Jugend kann sich nicht mehr damit begnügen „mit sehenden Augen vor unlösbaren Problemen zu stehen" und folgt Führern, die neue Wege zeigen oder zu zeigen glauben. Dresel (Heidelberg).

Dr. G. Stümpke. Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Berlin, Hermann Meusser, 1919. Geb. 10 M. und 20 Proz. Aufschlag.

Ausführlich mit eingehender Berücksichtigung der Literatur werden die Krankheitsbilder der Gonorrhöe, der kongenitalen Syphilis, der erworbenen Syphilis und des Ulcus molle nebst den üblichen Behandlungsweisen dargestellt. Mit Rücksicht auf den praktischen Arzt sind die Infektionsmöglichkeiten und die Prophylaxe, besonders auch die Frage der Krankenhaus- oder ambulanten Behandlung ausführlicher abgehandelt. Ein tieferes Eingehen auf die sozialhygienischen Zusammenhänge, z. B. eine Berücksichtigung der Ehezeugnisse, wäre erwünscht. Dresel (Heidelberg).

Geh.-Rat Prof. Dr. A. Dieudonné und Prof. Dr. W. Weichardt (Leipzig). Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. Leipzig, Ambrosius Barth, 1920.

Das Buch über Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie von Geh.-Rat Prof. Dr. A. Dieudonné und Prof. Dr. W. Weichardt gibt eine klare, übersichtliche und ausführliche Zusammenstellung dieses jüngsten Zweiges der medizinischen Wissenschaft, wobei sowohl die Grundlagen, als auch die neuesten wissenschaftlichen Arbeiten, auch Erfahrungen im Weltkriege Besprechung finden. Das Buch zerfällt in fünf Abschnitte: 1. Natürliche Resistenz (angeborene Immunität). 2. Erworbene Immunität. 3. Schutzimpfung (künstliche Immunisierung). 4. Blutserumtherapie. 5. Chemotherapie.

Im Anhang wird noch die Technik der wichtigsten Immunitätsreaktionen, sowie kurze Erklärung der wichtigsten Fachausdrücke aus der Immunitätslehre angegeben.

Die Lehre von der Immunität und Serumtherapie gewinnt in der Praxis immer mehr und mehr an Bedeutung, so ist es sehr zu begrüßen, wenn auch dem praktischen Arzt, sowie dem Spezialisten, die sich auf diesem Gebiete orientieren wollen, durch zusammenfassende Arbeiten Gelegenheit geboten wird, sich die nötigen Kenntnisse zu erwerben.

Es muß daher auf das Studium des Originals verwiesen werden, denn zu einem kurzen Referate eignet sich dieses Buch nicht. Frau Dr. Rodler-Zipkin.

C. Diem. Sport. Aus Natur und Geisteswelt. 139 S. Leipzig und Berlin, B. G. Teubner, 1920. 3,50 M., kart. 2,80 M.

Das kleine Buch soll einen kurzen Überblick über das weitverzweigte Gebiet des Sports geben. Alle als Sport getriebenen Leibesübungen sind besprochen, dabei Wert und Unwert, das Erziehliche, Gefährliche und Wertvolle des Sports besonders betont. Der Inhalt gliedert sich in einen allgemeinen Teil: Wesen und Beziehungen, Entwickelung und Verbreitung, Altersstufen und Geschlechter, die Praxis, das Organisatorische, und in einen speziellen Teil: Leichtathletik, Kraftsport, Waffensport, Rasen- und Ballspiele, Wassersport und Radfahren.

Für die Güte des Buches spricht der Name des Verfassers. Hüne (Jena).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SEP 9 1921

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. Dr. R. Abel
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 3
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des dritten Heftes.

Seite

Die Abnahme des Alkoholismus im Kriege. [Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule zu Dresden. Direktor: Prof. Dr. Philalethes Kuhn.] Von Dr. med. Martin Vogel, Assistent am Deutschen Hygienemuseum. (Erweiterte Fassung eines Vortrages, gehalten auf der Jahresversammlung des „Vereins abstinenter Ärzte" zu Dresden am 17. Juli 1920.) (Mit 2 Abbild.) 73

Volksgesundheit und Filmgesetzgebung. Von Dr. W. Schweisheimer in München 101

Nachweisstellen für Hauspflegerinnen. Von Stadtrat H. v. Frankenberg in Braunschweig 104

Besprechungen:

M. Mayer: Landwirtschaftliche Unfallkunde. (Kretschmar-Callenberg i. S.) 107

Max Hirsch: Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. (Engelhorn-Jena) 107

A. Thiele: Hygiene der Arbeit die Grundlage der Arbeitsrationalisierung. (Gerhard Wagner-Jena) 108

W. Hoffmann: Die Infektionskrankheiten und ihre Verhütung. (V. Ludwig) 108

Paul Otto: Technischer Literaturkalender. (V. Ludwig) 108

Kleinere Mitteilungen 108

Beiträge werden nur nach dem testen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege

1921. Heft 3.

[Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule zu Dresden.
Direktor: Prof. Dr. Philalethes Kuhn.]

Die Abnahme des Alkoholismus im Kriege.

Von Dr. med. Martin Vogel,
Assistent am Deutschen Hygienemuseum.

(Erweiterte Fassung eines Vortrages, gehalten auf der Jahresversammlung des „Vereins abstinenter Ärzte“ zu Dresden am 17. Juli 1920.)

(Mit 2 Abbildungen.)

Über die Ursachen der Trunksucht herrscht ein alter Streit unter den Psychiatern. Während die einen der Meinung sind, daß den äußeren (exogenen) Ursachen, also vor allem der Verführung durch die Umgebung ausschlaggebende Bedeutung zukomme, nehmen die anderen, wie z. B. Rybakow[49]) an, daß „der Trinker geboren“ werde, d. h. sie verlegen das Hauptgewicht auf die inneren (endogenen) Ursachen im Sinne einer besonderen angeborenen seelischen Beschaffenheit.

Es unterliegt nun keinem Zweifel, daß der chronische Alkoholismus in weit größerem Umfange als Symptom statt als Ursache geistiger Erkrankungen aufzufassen ist, daß also dem endogenen Faktor eine gewichtigere Rolle zukommt, als gemeinhin angenommen wird. Auf die starke erbliche Belastung der Trinker haben Kraepelin u. a. schon vor vielen Jahren hingewiesen, und neuere Arbeiten haben zu demselben Ergebnis geführt. So hat Rybakow unter 600 Alkoholikern bei 93,9 Proz. psychopathische Belastung gefunden, und erst neuerdings berichtet Dresel[11]) aus Heidelberg, daß unter 151 von ihm untersuchten Trinkern nicht weniger als 107 mehr oder weniger psychopathisch veranlagt waren.

Der Hauptstreit geht nun darum, ob es sich bei der Trunksucht nur um eine gewisse Widerstandslosigkeit, eine Willensschwäche handelt, oder ob ihr eine ganz besondere spezifische Veranlagung zugrunde liegt, ohne die es nicht zur Entwickelung des Krankheitsbildes kommen kann. Für und gegen beide Anschauungen lassen sich gewichtige Gründe ins Feld führen.

Gegen die Spezifität der Trunksuchtsanlage sprechen z. B. Untersuchungen, die Stöcker[56]) in Erlangen vor etwa 10 Jahren angestellt hat. Bei einer größeren Anzahl von Trinkern, die früher wegen Delirium tremens in der psychiatrischen Klinik behandelt worden waren, hat Stöcker die Krankengeschichten sowohl auf die Vorgeschichte als auf den weiteren Verlauf hin sorgfältig verfolgt und ist dabei zu dem überraschenden Ergebnis gekommen, daß bei etwa 84 von 90 untersuchten Fällen, also in 93,3 Proz., ausgesprochene Geisteskrankheiten und schwere Anomalien

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorlagen, z. B. 34mal Epilepsie, 27mal manisch-depressives Irresein, 14mal Dementia praecox usw. Das Ergebnis ist allerdings mit einer gewissen Vorsicht zu bewerten, weil es sich hier durchweg um besonders schwere Fälle von Alkoholismus (Delirium) gehandelt hat. Mit Recht hat ja Stein [53]) darauf hingewiesen, daß bei dem durchschnittlich leichteren Material der Trinkerfürsorgestellen gegenüber dem der geschlossenen Anstalten der psychopathische Einschlag erheblich zurücktritt. Immerhin zeigen die Beobachtungen Stöckers deutlich, daß sich recht verschiedenartige Krankheitsbilder hinter dem scheinbar gleichartigen Bilde der Trunksucht verstecken können, und diese sind kaum alle auf den Generalnenner einer spezifischen Krankheitsanlage zu bringen.

Auf der anderen Seite kann sich die Theorie einer spezifischen Disposition doch auf gewisse allgemein anerkannte Tatsachen berufen. Wie erst unlängst wieder Finckh [12]) betont hat, sind Trinkerkinder ganz besonders stark zur Trunksucht disponiert, während anderweit Belastete und Willensschwache trotz Verführungsmöglichkeit oft vom Alkoholismus verschont bleiben.

Eine ihrer allgemeineren Bedeutung wegen besonders interessante Theorie stammt von Dr. Juliusburger [22–25]) in Steglitz. Sie erregte bei ihrer ersten Veröffentlichung kurz vor dem Kriege die Aufmerksamkeit der Alkoholgegner in besonderem Maße, weil Juliusburger damit den vorher viele Jahre lang verfochtenen Standpunkt der Abstinenz als der brauchbarsten Waffe gegen den Alkoholismus aufgab *).

Seine Betrachtungen fußen auf der verhältnismäßig jungen Methode der Psychanalyse, die sich an den Namen Sigmund Freuds in Wien knüpft und die sich mit dem Wesen und den Auswirkungen der unbewußten Seelenvorgänge beschäftigt. Mit Hilfe dieser Methode glaubt Juliusburger [23]) den Schlüssel zum Verständnis der Trinkerpsyche darin gefunden zu haben, daß die betreffenden Menschen als „Süchtlinge“ geboren werden. Die individuellen und sozialen Ereignisse und Erlebnisse bildeten nach ihm nur die „banalen Gelegenheitsursachen“, oder, wie er sich auch ausdrückt: die äußeren Umstände seien nur „Begleiterscheinungen des geborenen Trinkers“, seien nur imstande, als „Auslösekräfte“ zu wirken. Das von ihm angenommene „primitive Rauschbedürfnis“ sei mehr oder weniger auch bei geistig höher stehenden Individuen vorhanden und sei „nicht auf die Dauer zu unterdrücken und auszuschalten“. Deshalb lehnt er die direkte Bekämpfung des Alkoholismus ab und hält nur die indirekte Bekämpfung für aussichtsreich, „soweit die Tatsachen es zulassen“.

Gegenüber solchen Anschauungen, die dem exogenen Faktor kaum mehr einen Einfluß zugestehen und dementsprechend hinsichtlich der Alkoholbekämpfung in müde Resignation ausklingen, fehlt es nicht an Stimmen erfahrener Fachleute, die um so stärker den Einfluß der Umwelt auf die Entstehung der Trunksucht hervorheben. Zu diesen gehört z. B. der schon genannte, leider allzufrüh verstorbene Dr. Stein [53]) in Budapest, der sich dabei auf besonders zahlreiche Beobachtungen in der Trinkerfürsorgepraxis

*) Nach späteren Veröffentlichungen [besonders [25]] zu urteilen, nimmt Juliusburger heute einen weniger schroffen Standpunkt ein und spricht der bedingten Abstinenz als Beispiel größeren Einfluß zu. Für die Jugend hielt er früher schon Enthaltsamkeit für geboten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

berufen kann. Vor allem warnt er davor, aus den Insassen der geschlossenen Anstalten allein Schlüsse auf den Alkoholismus überhaupt zu ziehen. In den Anstalten finden meist nur die schwereren und fortgeschrittenen Fälle Aufnahme, deren die offene Trinkerfürsorge nicht mehr Herr werden kann. Nach Dresel[11]) wurden z. B. von der Fürsorgestelle Heidelberg nur 34 von 151 Trinkern einer Anstalt zugeführt. Recht häufig hat daher Stein in der Fürsorgetätigkeit beginnende Fälle in die Hände bekommen, und dabei hat es sich vielfach um psychisch völlig normale Menschen gehandelt, die lediglich durch eine trinkfreudige Umgebung angesteckt worden waren. Solche Fälle werden natürlich um so häufiger sein, je besser die Fürsorge ausgebaut ist.

In diesem Zusammenhange lassen sich auch die Ergebnisse von Preisig und Amadian[42]) verwerten, die sie bei äußerst gründlichen Untersuchungen an 100 ehemaligen, seit mindestens 5 Jahren geheilten Trinkern erhielten. Bei diesen ebenfalls ambulatorisch behandelten Kranken war der Anteil von pathologischen Individuen auch weit geringer, als wir ihn in geschlossenen Anstalten zu finden pflegen.

Den Fehler der Juliusburgerschen Anschauungen sehe ich vor allem darin, daß er aus einer tatsächlich oder vermeintlich vertieften Kenntnis der Trinkerpsyche heraus weittragende Schlüsse auf die Bekämpfung des Alkoholismus ganz im allgemeinen ziehen zu dürfen glaubt. Denn die Alkoholfrage ist ein vorwiegend sozialer Tatsachenkomplex, dem man auf dem Wege individual-psychologischer Forschung allein niemals beikommen kann. Das geht schon daraus hervor, daß die Begriffsbestimmung des Trinkers allein nach medizinisch-klinischen Gesichtspunkten, wie sie etwa Kraepelin gegeben hat*), in der Praxis auf die größten Schwierigkeiten stößt, und daß man daher jetzt nach Bleulers Vorgang**) immer die sozialen Gesichtspunkte miteinbezieht.

Die Entscheidung der Frage nach der größeren oder geringeren Bedeutung und Beschaffenheit des endogenen Faktors ist meines Erachtens für die Stellungnahme zum Alkoholismus als einem sozialen Übel von untergeordneter Bedeutung, ohne daß deswegen ihre Wichtigkeit an sich in Zweifel gezogen werden soll. Der sozialen Betrachtungsweise kommt es nur eben nicht in erster Linie darauf an, ob eine besondere Anlage vorliegt, die den Betreffenden in medizinisch-klinischem Sinne vielleicht nie gesund werden läßt. Vielmehr steht ihr im Vordergrunde die Frage, ob und wie auch der irgendwie belastete Mensch sozial gesund erhalten oder wieder dazu gemacht werden kann. Tausendfältige Erfahrung lehrt, daß die Beschaffenheit der Umwelt auf diesen Gesundungsprozeß den stärksten Einfluß nach der einen oder anderen Seite ausüben kann, und das ist schließlich für die praktische Stellungnahme das Entscheidende.

Ich habe diese grundsätzlichen Auffassungen von der Bedeutung der endogenen und der exogenen Ursachen des Alkoholismus eingehender behandelt, als vielleicht für eine Betrachtung über die Abnahme des

*) „Trinker ist jeder, bei dem eine Dauerwirkung des Alkohols nachzuweisen ist, bei dem also die Nachwirkung einer Alkoholgabe noch nicht verschwunden ist, wenn die nächste einsetzt." [37]).

**) „Wer sich und seine Familie durch den Alkoholgenuß deutlich schädigt, ohne daß man ihm begreiflich machen kann, oder ohne daß er den Willen und die Kraft hat, sich zu bessern, muß als Alkoholiker betrachtet werden." [5]).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alkoholismus im Kriege geboten erscheint. Es kam mir aber darauf an, in dieser Einleitung zu zeigen, daß es für unser Handeln nicht gleichgültig ist, in welchen Rahmen von Vorstellungen wir die verschiedenen Tatsachen einordnen, denen wir uns nun zuwenden wollen.

Der Krieg bildet für uns eine Art Massenexperiment über den Anteil des exogenen Faktors bei der Entstehung des Alkoholismus, wie wir es in unseren Gegenden bisher noch nicht erlebt haben. Es liegen uns zwar aus früheren Jahren einige Beobachtungen über die Abnahme des Alkoholismus als Folge verschärfter Branntweinbesteuerung u. dgl. vor, Beobachtungen, auf die ich noch zurückkommen werde. So allgemein, so durchgreifend und so lange Zeit wie im Kriege ist aber bei uns der Zustrom alkoholischer Getränke noch nie abgedrosselt worden. Die Ursachen dafür sind hinlänglich bekannt: die Hungerblockade führte besonders in den letzten Kriegsjahren zu einem solchen Mangel an Rohstoffen, daß die Herstellung von alkoholhaltigen Getränken gegen früher außerordentlich eingeschränkt und verteuert wurde. Die Herstellung von Trinkbranntwein für die Zivilbevölkerung war z. B. vom Februar 1916 an so gut wie ganz unterbunden.

Der außerordentliche Rückgang des Alkoholverbrauchs mußte notwendig einen starken Rückgang der individuellen und sozialen Erscheinungen des Alkoholismus nach sich ziehen. Es liegen uns denn auch heute eine ganze Reihe von Arbeiten darüber vor, die, um das Ergebnis vorwegzunehmen, übereinstimmend einen Rückgang von rund 80 bis 90 Proz. gegenüber dem Vorkriegsstand feststellen.

Allerdings läßt sich nur der Alkoholismus in der Heimat zahlenmäßig einigermaßen erfassen. Nur hier ist ein Vergleich mit früheren Jahren möglich, und auch sonst können wir den vielgestaltigen und wechselnden Verhältnissen im Felde größtenteils nicht mit zuverlässigen statistischen Methoden beikommen. Für das Feldheer muß also die Frage gesondert bearbeitet werden, zumal hier außerdem die Auswirkungen des Alkohols überwiegend auf militärischem, nicht auf medizinischem Gebiete liegen.

Auch bei dieser Beschränkung der Fragestellung bleibt die Aufgabe verwickelt genug. Um sie in ihrer ganzen Vielgestaltigkeit zu fassen, müßten eigentlich eine Menge verschiedenster nichtmedizinischer Gesichtspunkte berücksichtigt werden, so z. B. der tatsächliche Rückgang der Alkoholherstellung, der Einfluß dieses Rückganges auf die Kriminalität, auf die Häufigkeit von Unfällen usw. Das ist, wenigstens im Rahmen eines Vortrages, unmöglich, denn in alle diese Einzelfragen spielen so viele unmittelbare und mittelbare Einflüsse des Krieges hinein, daß keine eindeutigen Schlüsse möglich sind, auch soweit uns Zahlen darüber vorliegen. Ich beschränke mich deshalb im wesentlichsten auf die ärztlichen und auf die sozialhygienischen Gesichtspunkte, und kann das um so eher tun, als wir damit zugleich die Grundlagen für die übrigen Fragen gewinnen.

Als zuverlässige Unterlage stehen uns fast nur die Angaben aus Irrenanstalten und Trinkerfürsorgestellen zur Verfügung. Ich habe schon darauf hingewiesen, daß die an diesen beiden Stellen zur Behandlung kommenden Krankheitsfälle der Schwere nach recht verschieden sind. Ein richtigeres Allgemeinbild müßten wir im allgemeinen von den Fürsorgestellen erwarten, doch hängt der Umkreis ihrer Fürsorge sehr von der Fähigkeit ihrer Leitung und von ihren Geldmitteln ab, zahlenmäßige Vergleiche sind deshalb nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ohne Vorbehalt möglich. Es fehlen in ihren Mitteilungen meistenteils auch genauere Angaben über die Einzelfälle und die Zusammenfassung größerer Gebiete nach einheitlichen Gesichtspunkten. Aus den psychiatrischen Anstalten dagegen, deren Zugänge im allgemeinen gleichmäßiger zu sein pflegen, liegen zahlreiche genauere Bearbeitungen vor, und an diese werden wir uns in erster Linie zu halten haben. Bei den großen absoluten Zahlen, um die es sich hierbei meist handelt, können wir zuverlässige Ergebnisse erwarten. Machen doch die Alkoholiker nach Kraepelin[28]), Hoppe[20]) u. a. 10 bis 30 Proz. und mehr aller Anstaltsinsassen aus. Wir müssen nur immer im Auge behalten, daß die Berichte aus geschlossenen Anstalten kein richtiges Durchschnittsbild des Alkoholismus an sich, sondern nur eine Art Auslese der schwereren Formen zu geben vermögen. Da letztere aber, wie Ziertmann[68]) sehr richtig sagt, einen brauchbaren Index für den tatsächlichen Stand des Alkoholismus abgeben, sind die Anstaltsberichte für die vorliegende Frage von ganz besonderem Wert.

Die durch Alkoholmißbrauch veranlaßten oder durch ihn beeinflußten körperlichen Erkrankungen hat Partsch[4]) einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Daneben liefern uns die Berichte der Landesversicherungsanstalten eine Ergänzung des Bildes nach der wirtschaftlichen Seite, und endlich können wir uns nach vereinzelten Angaben auch eine ungefähre Vorstellung von dem Rückgang des Alkoholismus als Todesursache machen.

Weitaus die meisten Arbeiten gehen von vorwiegend psychiatrischen Gesichtspunkten aus. Die Ergebnisse der Untersucher, von denen ich hier nur Beninde[4]), Bonhoeffer[4, 6–8]), Fürst[13]), Kremper[29]), Oehmig[37]), Peretti[39]), Robert[43]), Roemer[44]), Weichbrodt[64]) und Ziertmann[68]) nennen möchte, lassen sich nicht ohne weiteres miteinander vergleichen, weil die Grundlagen ihrer Untersuchungen von vornherein sehr verschieden geartet sind. Zunächst ist der Zeitraum, über den sich die Beobachtungen erstrecken, sehr wechselnd. Teils sind nur einzelne Vergleichsjahre herausgehoben, bei Ziertmann und Beninde z. B. die Jahre 1913 und 1917, teils sind längere oder kürzere Friedens- und Kriegsperioden zueinander in Vergleich gesetzt; teils sind nur die ersten Kriegsjahre berücksichtigt, teils führen die Untersuchungen bis in die Nachkriegszeit hinein.

Sehr verschieden sind auch die örtlichen Verhältnisse. Sie liegen z. B. in den Anstalten von Breslau und Königsberg, die sich lange Zeit nahe der Front befanden und ständig einen starken militärischen Einschlag aufzuweisen hatten, ganz anders als etwa in Dresden, wo Aufnahmen von Militärpersonen zu den seltenen Ausnahmefällen gehörten, und im Bereich von Festungen, wie Breslau, Königsberg und Straßburg, mit ihrer verschärften Militärpolizei liegen sie anders als z. B. in Düsseldorf oder Berlin.

Verschieden sind weiter die Grundsätze, nach denen die Aufnahmen in die einzelnen Anstalten erfolgen. So gelangen in Düsseldorf nicht selten auch einfache Rauschzustände zur Aufnahme, weil dort grundsätzlich alle von der Polizei im Zustande von Bewußtseinstrübung betroffenen Personen der Anstalt zugeführt werden. Ähnlich ist die Handhabung in Dresden, München und Hamburg, in Berlin wird dagegen von der Polizei in größerem Umfange die Schutz- und Verwahrungshaft angewandt. In Provinzial-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

irrenanstalten sind die Insassen anders zusammengesetzt als in psychiatrischen Kliniken, und ebenso werden sich solche Unterschiede finden, je nachdem ob an einem Ort nur eine oder mehrere Anstalten vorhanden sind und ob es sich um öffentliche oder private Anstalten handelt.

Aus alledem ergeben sich wesentliche Unterschiede nicht nur hinsichtlich der Schwere der beobachteten Fälle, sondern vor allem auch hinsichtlich des Anteiles der Alkoholisten an der Gesamtaufnahme. In der Frankfurter psychiatrischen Klinik ist er z. B. vier- bis fünfmal so groß als in der Berliner Charité und zwei- bis dreimal so groß als in Kiel und Königsberg, ohne daß wir daraus unmittelbare Schlüsse auf ein entsprechendes Verhalten des Alkoholismus an sich in den betreffenden Städten ziehen dürfen.

Endlich gehen die einzelnen Arbeiten auch in der Bearbeitung des Stoffes weit auseinander. Teils ist nur der Alkoholismus im ganzen behandelt, teils sind die einzelnen Formen der alkoholischen Geistesstörungen mehr oder weniger gesondert aufgeführt. An erster Stelle findet gewöhnlich das Delirium tremens Berücksichtigung, daneben auch die mit ihm verwandte Halluzinose und der pathologische Rausch.

Fast sämtlichen Arbeiten ist aber der Mangel gemeinsam, daß sie nur die Fälle in den Kreis ihrer Betrachtung ziehen, bei denen der Alkoholismus die Hauptdiagnose bildet. Bei den unvermeidlichen Zufälligkeiten und Willkürlichkeiten in der Fassung der klinischen Diagnose ist es selbstverständlich, daß ein richtiges Zustandsbild nur bei Berücksichtigung aller Fälle von Alkoholismus gegeben werden kann, also auch der Fälle, wo er nur den Nebenbefund bildet.

Einzig die Arbeit von Oehmig[37]) aus der Dresdener Heil- und Pflegeanstalt, die sich auch sonst durch ihre Gründlichkeit auszeichnet, hat das Vorkommen des Alkoholismus bei allen Anstaltsinsassen berücksichtigt und gibt deshalb ein der Wirklichkeit näher kommendes Bild. Dank dem freundlichen Entgegenkommen des Verfassers, bin ich auch in der Lage, die in der Arbeit noch nicht enthaltenen Zahlen von 1918 und zum Teil von 1919 hier mit verwerten zu können. Das Ergebnis habe ich in einer graphischen Darstellung zur Anschauung gebracht (s. Tab. 1).

Sie sehen hier ein besonders drastisches Beispiel für die zur Erörterung stehende Frage. Die Kurve der männlichen Alkoholiker, die vor dem Kriege nur in mäßigen Grenzen schwankte*), zeigt 1915 schon eine deutliche Senkung und fällt dann außerordentlich steil bis nahe an die Nullgrenze ab. Bei den Frauen bewegt sie sich von vornherein auf wesentlich geringerer Höhe und erreicht im Laufe des Krieges nicht ganz den tiefsten Stand der Männerkurve. Auf dieses Verhalten des Frauenalkoholismus komme ich später noch zurück.

Ergänzend möchte ich hier noch bemerken, was aus der graphischen Darstellung nicht hervorgeht, daß bei Oehmig die Abnahme des Alkoholismus

*) Die Schwankungen in den Vorkriegsjahren beruhen auf verschiedenen Ursachen. Der Tiefstand im Jahre 1910 ist hauptsächlich auf das Branntweinsteuergesetz vom 15. Juli 1909 zurückzuführen [s. Jeske[21])]. Für den Anstieg der Kurve in den nachfolgenden Jahren, der sich in fast sämtlichen Statistiken wiederfindet und den Höhepunkt meist in den Jahren 1912 bis 1914 erreicht, ist keine eindeutige Erklärung zu finden. Zum Teil dürfte er als Rückschlag auf den vorhergegangenen Abfall der Kurve aufzufassen sein.

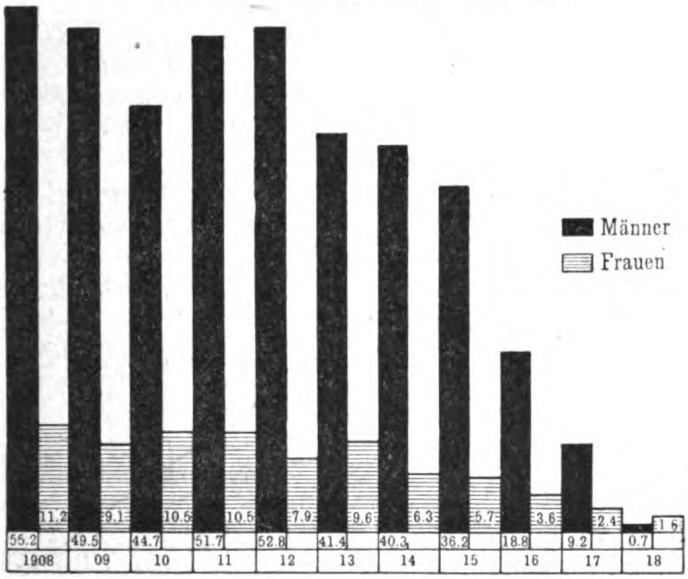
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

überhaupt der Abnahme der Fälle, wo er die Hauptdiagnose bildet, nicht ganz parallel geht. Die letzteren nehmen etwas stärker ab als der Alkoholismus im ganzen: bei den Männern ist das Verhältnis zwar nur 91,8 zu 90,2 Proz., bei den Frauen dagegen 84,5 zu 73,9 Proz., also ein Abstand von über 10 Proz. Auf ähnliche Beobachtungen werden wir noch öfter stoßen, und ich glaube daraus den Schluß ziehen zu dürfen, daß der Alkoholismus nicht nur an zahlenmäßiger Ausbreitung, sondern ebenso oder noch mehr an Intensität bei den Einzelindividuen abgenommen hat.

Tabelle 1.

Die Häufigkeit des Alkoholismus unter den Geisteskranken.

Unter je 100 Kranken, die in der Städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden Aufnahme fanden, wurde in der Krankengeschichte als Haupt- oder Nebenbefund folgender Alkoholismus festgestellt: (Nach Oehmig.)



Einen ähnlichen, in Einzelheiten sogar noch weitergehenden Überblick über den Gesamtumfang des Alkoholismus bieten uns Aufzeichnungen von Dr. Roemer am St. Georg-Krankenhaus in Hamburg, die er bisher nicht ausführlich veröffentlicht, sondern mir nur für diesen Vortrag freundlichst zur Verfügung gestellt hat. Seine Beobachtungen reichen vom Januar 1913 bis Juni 1920, d. h. so weit wie keine andere der bisher veröffentlichten Statistiken. Leider ist aus technischen Gründen eine graphische Darstellung der Ergebnisse an dieser Stelle nicht möglich. Mit besonderer Deutlichkeit geht aus ihnen das allmähliche Absinken des Alkoholismus im Verlauf des ersten Kriegsjahres und das fast restlose Verschwinden in den folgenden Jahren hervor. Auch das bedrohliche Wiederaufflackern seit Kriegsende ist sehr beachtenswert. Akute Trunkenheit z. B., die Roemer getrennt aufführt, kam 1913 198mal, 1914 165mal, 1915 100mal, 1916 nur noch 9mal, 1917 6mal*), 1918 1mal, 1919 dagegen schon wieder 16mal vor. —

*) Unter den sechs Betrunkenen des Jahres 1917 befanden sich bezeichnenderweise je ein Dr. med. und ein Dr. jur., auch die anderen scheinen zu den „Gebildeten" gehört zu haben!!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chronischer Alkoholismus ist von 1918 bis Juni 1920 überhaupt nicht mehr beobachtet worden.

Sehr lehrreich ist der Einfluß der Polizeistunde auf die Zahl der Zugänge im ersten Kriegsjahre. Mit der Festsetzung der Polizeistunde auf 10 Uhr im August bzw. 11 Uhr im September 1914 sinkt die Kurve steil nach abwärts; mit der Verlängerung bis 1 Uhr steigt sie im Februar 1915 sofort wieder bis fast auf Vorkriegshöhe an, um erst dann endgültig abzusinken *).

Bevor ich auf weitere Einzelheiten eingehe, möchte ich noch einen Überblick über das Verhalten der Alkoholistenaufnahmen in einigen größeren Gebieten, und zwar zunächst in sämtlichen Irrenanstalten des Deutschen Reiches **) geben, wie es sich nach einer leider nur bis 1916 reichenden Statistik in den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ [58]) ergibt (s. Tab. 2 und 3).

Tabelle 2.

Übersicht über die Zahl der wegen Alkoholismus in die öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke im Deutschen Reiche aufgenommenen Kranken (Zivilbevölkerung) während der Jahre 1914, 1915 und 1916, mit Unterscheidung des Geschlechts.

Landesteile	Bestand der wegen Alkoholismus aufgenommenen Kranken am 1. Jan. 1914		Zahl der wegen Alkoholismus neu aufgenommenen Kranken in den Jahren						Bestand der wegen Alkoholismus aufgenommenen Kranken am 31. Dez. 1916	
			1914		1915		1916			
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Preußen	2032	254	4114	311	1962	249	1238	163	1090	144
Bayern	326	42	915	88	425	62	225	38	253	50
Sachsen	149	20	530	44	338	43	146	23	115	22
Württemberg	58	14	132	12	80	8	67	13	61	18
Baden	173	11	272	33	126	20	122	15	89	17
Hessen	84	2	95	4	69	1	46	5	45	4
Mecklenburg-Schwerin	1	—	27	5	7	1	13	—	1	2
Sachsen-Weimar	26	1	33	2	10	3	10	1	18	—
Mecklenburg-Strelitz	6	—	4	1	2	1	1	1	3	1
Oldenburg	15	—	3	1	4	1	7	—	8	1
Braunschweig	14	1	13	2	12	—	4	1	9	—
Sachsen-Meiningen	10	2	6	1	3	1	4	—	8	1
Sachsen-Altenburg	7	—	8	—	7	1	1	2	7	1
Anhalt	23	—	8	—	7	1	3	1	14	—
Schwarzburg-Rudolstadt	—	—	10	1	3	3	6	3	—	1
Lippe	4	—	6	—	5	1	1	1	5	1
Lübeck	6	1	5	—	2	1	2	1	5	2
Bremen	41	8	35	9	25	5	13	4	32	7
Hamburg	71	9	48	14	32	7	27	6	53	10
Elsaß-Lothringen	102	17	116	13	61	6	50	2	80	13
Deutsches Reich	3148	382	6380	541	3180	415	1986	280	1896	295

*) Damit stimmen auch die Beobachtungen von Aschaffenburg (Köln) überein [1]). In seiner Klinik waren die Aufnahmen von Alkoholikern von 25 auf 2 Proz. gesunken, als die Polizeistunde von der englischen Besatzungsbehörde auf 8 Uhr festgesetzt war. Mit der Hinaufsetzung auf 9 Uhr und noch später stieg diese ganze Zahl ganz gleichmäßig auf 4, 7 und 16 Proz. an und hat jetzt die Vorkriegszahlen wieder erreicht. Wenn dabei auch die erleichterte Einfuhr alkoholischer Getränke im besetzten Gebiet nicht außer acht gelassen werden darf, so verdient der weitgehende Einfluß der Polizeistunde doch größte Beachtung für die zukünftige Bekämpfung des Alkoholismus.

**) Die Berichte von Peretti und Wagner von Jauregg auf der Jahresversammlung des „Deutschen Vereins für Psychiatrie“ 1920 [40]), die ebenfalls sämtliche deutsche Irrenanstalten umfassen, sind leider bisher noch nicht ausführlich veröffentlicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 3.

Setzt man die Zahlen von 1914 = 100, so beträgt der Anteil des Alkoholismus:

	Bei den Männern		Bei den Frauen	
	1915 Proz.	1916 Proz.	1915 Proz.	1916 Proz.
Preußen	47,7	30,1	80,1	2,4
Bayern	46,4	24,6	(70,5)	(43,2)
Sachsen	63,8	27,5	(97,8)	(52,3)
Württemberg	60,6	50,8	(66,7)	(108,8)
Baden	46,3	44,9	(60,1)	(45,5)
Hessen	(72,6)	(48,9)	(25,0)	(125,0)
Elsaß-Lothringen	52,6	43,1	(46,2)	(15,4)

Bei Ausgangszahlen unter 100 sind die Prozentzahlen eingeklammert.

Man sieht daraus vor allem zweierlei:

1. Die Kurve der Alkoholiker erleidet von 1914 an einen Absturz, der in den einzelnen Staaten verschieden steil ist. In den Ländern mit vorwiegendem Schnapsverbrauch, vor allem in Preußen, ist der Rückgang der Alkoholiker weit stärker, als beispielsweise in den Weinländern Baden, Hessen und Württemberg*). In diesen süddeutschen Staaten kommt hier allerdings wohl auch der Unfug der Hausbrennereien mit zur Geltung, die im Kriege ziemlich ungestört bestehen geblieben und fast die ganze Zeit hindurch einen schwunghaften Schleichhandel mit Kirschwasser, Zwetschengeist usw. ermöglicht haben.

2. Der Alkoholismus der Frauen ist von dem Rückgang weniger betroffen als der der Männer. So beträgt der Prozentsatz der Abnahme bei den Frauen in Preußen, Bayern und Sachsen etwa zwei Fünftel bis die Hälfte des Prozentsatzes der Männer. In Württemberg und Hessen finden wir 1916 sogar eine kleine Zunahme der Frauen gegenüber 1914, die zugrundeliegenden absoluten Zahlen sind aber sehr klein und besagen deshalb nicht viel. Der Bestand an Alkoholikern im ganzen Reiche nimmt von 1914 bis 1916 um 39,8 Proz., bei den Frauen dagegen nur um 25,7 Proz. ab.

Eine weit gründlichere Darstellung als diese nur die groben Gesamtzahlen gebende Statistik gibt eine Arbeit von Beninde[4]), die sämtliche privaten und öffentlichen Irrenanstalten und Krankenhäuser Preußens umfaßt**). Seine Ergebnisse sind gegenüber den Arbeiten aus einzelnen psychiatrischen Anstalten besonders wertvoll, weil sich bei Zusammenfassung eines solch großen Gebietes die örtlich bedingten Abweichungen gegenseitig ausgleichen. Dabei tritt dann die große Linie der Entwickelung um so klarer hervor.

Nach Beninde haben die Aufnahmen von Geisteskranken in allen genannten Anstalten von 1913 bis 1917 etwas abgenommen, und zwar bei

*) Übereinstimmend damit bemerken Peretti und Wagner von Jauregg in den Schlußsätzen ihres Vortrages: „Die Abnahme der Alkoholpsychosen zeigt sich in den Staaten ohne verbreiteten Schnapsgenuß weniger stark ausgeprägt, als in der Gesamtheit deutscher Länder."

**) Die Anregung zur Arbeit Benindes geht offenbar auf die schon angeführten Untersuchungen Ziertmanns[68]) zurück. Diesem gebührt das Verdienst, zum ersten Male eine zusammenfassende Darstellung der Abnahme des Alkoholismus in einem größeren Gebiete (Provinz Schlesien) gegeben zu haben. Wir werden auf seine Arbeit noch öfter zurückzukommen haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Männern um 8, bei den Frauen um 15 Proz. Die größeren Privatirrenanstalten für sich allein haben bei den Männern eine Abnahme von 23 Proz., bei den Frauen eine Zunahme um 6 Proz. erfahren. Die erstere Verschiebung rührt davon her, daß zahlreiche Männer aus wohlhabenden Kreisen, die sonst Privatirrenanstalten aufgesucht hätten, als Heeresangehörige in die öffentlichen Anstalten aufgenommen wurden, bei den Frauen glaubt Beninde annehmen zu müssen, die Frauen der sozial höheren Schichten hätten den zermürbenden Einflüssen des Krieges weniger gut widerstanden als die übrigen.

Die Alkoholistenaufnahmen in allen Anstalten weisen bei den Männern eine Abnahme um 82 Proz., bei den Frauen eine solche um 60 Proz. auf. Auf die Zahlen der einzelnen Alkoholpsychosen komme ich erst später zu sprechen. Hier interessiert uns nur die Feststellung, daß bei einer Abnahme aller Männeraufnahmen um 8 Proz. die der Alkoholisten 82 Proz. beträgt, während die entsprechenden Zahlen bei den Frauen 15 und 60 Proz. ausmachen. Also auch hier wieder die Tatsache, daß der Rückgang bei den Frauen ein ganzes Stück hinter dem der Männer zurückbleibt. Das ist höchst auffallend und ist Grund genug, zunächst einmal das Kapitel „Frauenalkoholismus" näher ins Auge zu fassen.

Aus den norddeutschen Anstalten, so aus Breslau und den schlesischen Anstalten überhaupt, aus der Berliner Charité, aus Königsberg, Kiel, Lübeck, Düsseldorf-Grafenberg, Frankfurt a. M. wird übereinstimmend von einem fast völligen Verschwinden des Frauenalkoholismus berichtet. Der Prozentsatz unter den Alkoholisten war ja unter den Frauen von jeher wesentlich geringer als unter den Männern, das Verhältnis der beiden Gruppen zueinander wird aber verschieden angegeben. Nach Hoppe[20]) betrug es in Friedenszeiten 1:16, nach einer neueren Arbeit von Roeper[45]) 1:19, nach Beninde ist es in Preußen von 1:9,6 im Jahre 1913 gestiegen auf 1:4,2 im Jahre 1917*).

Die absoluten Zahlen sind bei den Frauen größtenteils so klein, daß, wie schon erwähnt, sichere Schlüsse daraus nicht ohne weiteres möglich sind. Bei dem niedrigen Stande, auf dem die Kurve von vornherein verläuft, ist auch ihr Spielraum bis zur Nullgrenze geringer als bei den Männern, und daraus erklärt sich auch die geringe prozentuale Abnahme im Vergleich zu den Männern, obwohl die absolute Abnahme eine recht beträchtliche ist.

Es ist auch hinlänglich bekannt, daß sich unter den Trinkerinnen ein ganz besonders hoher Prozentsatz von pathologischen Individuen findet. Wir dürfen deshalb damit rechnen, daß bei ihnen die Abhängigkeit von den Trinkgewohnheiten der Umgebung geringer ist als bei den Männern. Wenn trotzdem in einzelnen Anstalten, so in den psychiatrischen Kliniken in Berlin, Breslau, Kiel und Königsberg die Kurve der Alkoholistinnen bis auf Null heruntergeht, so ist das für die Bewertung der exogenen gegenüber den endogenen Ursachen recht bemerkenswert.

*) Bei den Trinkerfürsorgestellen ist die Verschiebung noch stärker. In Altona z. B. bestanden die Zugänge während des Krieges erst zu einem Viertel, später zu zwei Dritteln aus Frauen, in Berlin war im Jahre 1917 der Zugang von beiden Geschlechtern gleich, in Heidelberg war das Verhältnis der Männer zu den Frauen 3:2. Einen Rückschluß auf die tatsächliche Ausbreitung des Alkoholismus unter den Frauen lassen aber nur die absoluten, nicht die Verhältniszahlen zu. Vgl. dazu die folgenden Ausführungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie ich schon an Hand der Reichsstatistik erwähnte, hat der Frauenalkoholismus in einzelnen Gebieten eine vom Durchschnitt abweichende Zunahme erfahren, und die offenen Trinkerfürsorgestellen bestätigen diese Beobachtung. Trotzdem auch hier teilweise die Kleinheit der zugrundeliegenden absoluten Zahlen die Verhältnisse in vergrößerter und verzerrter Projektion erscheinen läßt, kann man nicht an ihnen vorübergehen. Ich will aber gleich vorwegnehmen, daß wir fast überall besondere Gründe feststellen können, die diese Zunahme als erklärliche Ausnahme von örtlich und zeitlich begrenzter Bedeutung erscheinen lassen.

So wurden nach einem Bericht von Margot Rust[48]) in Straßburg vom dortigen Kreuzbündnis vom 1. April 1914 bis 31. März 1915 nur 10 trunksüchtige Frauen, im gleichen Zeitraum 1915 bis 1916 dagegen fast die fünffache Zahl, nämlich 49, behandelt. Der Grund dafür liegt hier in der gefährlichen Verführung durch mehrere auch von Soldaten gern besuchte spanische Weinhallen, die noch lange Zeit über große Vorräte verfügten. Öfter traten ganze Gruppen trinkender Frauen auf, die gefährliche Ansteckungsherde bildeten. Besserung erfolgte rasch, als dem einen Anziehungspunkt bildenden Militär die betreffenden Kneipen verboten wurden, und als die Teuerung, die Einschränkung der Produktion usw. sich stärker fühlbar machten. Es könnte vielleicht auffallen, daß im Gegensatz zu diesen Beobachtungen in der offenen Trinkerfürsorge in Straßburg nach der Reichsstatistik (s. o.) in derselben Zeit, nämlich 1915/16, die elsaß-lothringischen Anstalten einen wesentlich geringeren Prozentsatz von weiblichen Alkoholisten aufgenommen haben, als die Anstalten sonst im Reiche. Darin liegt aber kein Widerspruch, denn alkoholistische Geistesstörungen, die eine Anstaltsbehandlung notwendig machen, erwachsen erfahrungsgemäß erst auf dem Boden eines länger dauernden Alkoholmißbrauchs. Außerdem gehen überhaupt aus schon mehrfach erwähnten Gründen die Zahlen der offenen und der geschlossenen Trinkerfürsorge nicht immer parallel.

In Stuttgart ist ebenfalls eine vorübergehende Welle des Alkoholismus unter den Frauen zu beobachten. Die dortige Trinkerfürsorgestelle hat im Jahre 1915 viermal mehr Frauen behandelt als 1914, und hier besteht auch Übereinstimmung mit der Reichsstatistik. Kann hier der Charakter Württembergs als eines ausgesprochenen Wein- bzw. Mostlandes eine gewisse Erklärung geben, so liegen anderenorts, so z. B. in Sachsen, die Gründe weniger klar zutage. Auch aus den Berichten der Fürsorgestellen in Berlin *) und Altona, bei denen ebenfalls die Zahl der fürsorgebedürftigen Trinkerinnen gestiegen ist, sind besondere Gründe nicht erkennbar.

Wahrscheinlich haben sich hier die Verschiebungen der persönlichen und sozialen Lebensverhältnisse, die der Krieg für die besonders beteiligten Volksschichten mit sich gebracht hat, ebenso geltend gemacht, wie wir es auch vom Gebiet des Geschlechtslebens her kennen: Loslösung von dem gewohnten Rückhalt der Familie, Beschäftigungslosigkeit oder enge Zusammenarbeit im Beruf mit den Männern, deshalb Annahme ihrer Gewohnheiten und ein gewisses Bedürfnis nach Anschluß und Meinungsaustausch mit anderen Frauen und Männern. Alles das mußte natürlich in den Industrie-

*) Leider liegen keine Zahlen über die weiblichen Alkoholistenaufnahmen in sämtlichen Berliner Anstalten vor. Beninde gibt für Berlin nur einen Rückgang aller Alkoholisten von 19 Proz. im Jahre 1913 auf 5,3 Proz. im Jahre 1917 an.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegenden besonders hervortreten, wo die Frau mit dem Mann ständig in engste Berührung trat. Daher kommt wohl auch die verhältnismäßig hohe Zahl weiblicher Alkoholisten in Sachsen (s. Tab. 2 und 3). Der Höhepunkt bzw. letzte Stillstand des Frauenalkoholismus liegt hier wie überall, soweit die Zahlen darüber vorliegen, in den ersten Kriegsjahren. Mit dem Rückgang der Arbeitslosigkeit und der Anpassung an die Sensationen des Krieges folgt die Kurve auch bei den Frauen der schon vorher abgesunkenen Männerkurve, und zwar gilt dies sowohl für die Aufnahmezahlen der Irrenanstalten, als auch für die Trinkerfürsorge und für die wegen Alkoholismus bewilligten Invalidenrenten *).

Daß bei den weiblichen Alkoholikern aus wohlhabenden Kreisen die Verhältnisse teilweise etwas anders liegen, kann nicht wundernehmen. Sie waren den geschilderten Kriegseinflüssen weniger ausgesetzt und konnten sich auch trotz der steigenden Preise die alkoholischen Getränke noch eher verschaffen als ärmere Frauen. Einen zahlenmäßigen Beleg hierfür gibt die von Beninde festgestellte Tatsache, daß der Rückgang der weiblichen Alkoholisten an den Privatirrenanstalten in Preußen nur 56 Proz. betrug, während er an allen Anstalten zusammen 78 Proz. erreichte. Für die Männer stimmen die beiden Zahlen annähernd überein.

Ich habe mich mit der Frage des Frauenalkoholismus im Kriege so eingehend beschäftigt, weil er zur Beurteilung des Alkoholismus als Gesamterscheinung von grundlegender Bedeutung ist. Es ist nämlich von verschiedenen Seiten der naheliegende Einwand erhoben worden, die Abnahme des Alkoholismus in der Heimat sei hauptsächlich auf die Abwesenheit der an ihm besonders beteiligten männlichen Altersklassen infolge des Heeresdienstes zurückzuführen, es handele sich also eigentlich nur um eine scheinbare Abnahme. Bei der verhältnismäßig großen Zahl von Eingezogenen ist dieser Einwand selbstverständlich sehr beachtlich, er wird aber schon durch den Rückgang des Alkoholismus bei den Frauen größtenteils widerlegt. Denn ein scharfer Rückgang bildet auch bei den Frauen die Regel, und wo Abweichungen davon vorkommen, lassen sie sich stets auf allgemeinere oder besondere Umstände von örtlich und zeitlich begrenzter Geltung zurückführen.

Im gleichen Sinne müssen wir aber nun auch das Verhalten des Alkoholismus bei den nicht mehr heeresdienstpflichtigen Männern bewerten, dem besonders Peretti[39]) und Roemer[44]) ihre Aufmerksamkeit zugewendet haben. Bei den über 45 Jahre alten Männern konnte Peretti ebenfalls eine starke Abnahme des Alkoholismus feststellen **). Der Prozentsatz der Alkoholisten geht in dieser Altersklasse zwar nur von 34,8 auf 20,0 herunter, während er bei den jüngeren Männern von 22,2 auf 5,4 Proz. sinkt. Der Rückgang ist aber schon erheblich genug, um den naheliegenden Einwand von der ausschlaggebenden Bedeutung des Heeresdienstes zu entkräften. Nur der Abstand zwischen den beiden Kurven wird durch ihn erklärt, und dabei haben wir noch nicht einmal den Umstand in Rechnung gesetzt, daß

*) Von 1914 bis 1917 sinkt nach Beninde die Zahl der bewilligten Renten bei den Männern von 263 auf 47, bei den Frauen von 8 auf 2, und zwar ist bei den letzteren eine deutliche Abnahme erst 1917 zu beobachten, während sie bei den Männern im Jahre 1915 fast schlagartig einsetzt.

**) Nach Stier[55]) machten in Friedenszeiten bei der Alkoholfürsorge die unter 45jährigen Männer ungefähr nur ein Drittel der Zugänge aus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwere Alkoholiker zum großen Teil wegen ihrer mannigfachen Gesundheitsmängel überhaupt nicht eingezogen wurden.

Bei Roemer sinkt die Kurve der mehr als 40jährigen gleichsinnig wie die des Alkoholismus überhaupt, und merkwürdigerweise verschwindet bei ihm diese Altersklasse von 1917 und 1918 ab vollständig, während die der jüngeren Männer, wenn auch schwach, weiter vertreten bleibt. Erst 1919 tauchen wieder einzelne ältere Männer auf. Ich glaube dafür eine Erklärung gefunden zu haben: ein großer Teil der arbeitslosen Hafenarbeiter Hamburgs wurde Ende 1916 bis Anfang 1917 für die neuerrichteten Kruppwerke in München angeworben, und darauf ist wohl das ungewöhnliche völlige Verschwinden der älteren Alkoholisten in Hamburg zurückzuführen*). Die Ansicht von dem ausschlaggebenden Einfluß des Heeresdienstes wird schließlich auch dadurch widerlegt, daß nach Beninde der Rückgang der seit 1914 wegen Alkoholismus bewilligten Invalidenrenten in Preußen die unter und die über 45 Jahre alten Männer gleichmäßig betrifft.

In die Verhältnisse beim Heer und damit in die Bedeutung des Heeresdienstes für den Alkoholismus bieten einen besonders lehrreichen Einblick die Arbeiten von Ziertmann[68]) über die Anstalten der Provinz Schlesien und von Fürst[13]) aus der Psychiatrischen Klinik Königsberg**). Nach Ziertmann haben infolge der Einziehungen zum Heeresdienst die männlichen Aufnahmen in die Provinzialanstalten eine Verringerung um 26 Proz. erfahren, während der Rückgang bei den Alkoholikern 79 Proz. beträgt. In den Breslauer Anstalten hat auch eine große Anzahl von Militärpersonen Aufnahme gefunden, und unter diesen beträgt auffallenderweise bis 1917 der Prozentsatz der Alkoholiker nur 1,59 Proz. (18 unter 1126 Fällen), während er sich bei der Zivilbevölkerung auf 2,9 Proz. beläuft. Man könnte versucht sein, diese niedrige Zahl auf das strengere Regiment der Militärpolizei zurückzuführen, das in Breslau als Festungsbereich herrschte, doch ist der Prozentsatz für ganz Preußen im gleichen Jahre 1917 etwa ebenso gering, nämlich 1,4 Proz.***).

*) Für die ersten beiden Kriegsjahre hat auch Rüdin[47]) Angaben aus der Psychiatrischen Klinik in München veröffentlicht, sie erstrecken sich aber nicht nur auf die nicht heeresdienstpflichtigen Männer (unter 20 und über 45 Jahre), sondern auch auf die Frauen. Von dieser Kategorie wurden in den ersten vier Kriegshalbjahren aufgenommen: 1. 57, 2. 41, 3. 26, 4. 21. In den letzten drei Friedensjahren hatte der Halbjahrsdurchschnitt 55 betragen.

**) Nachträglich wird mir erst die Arbeit von Pilcz[41]) bekannt, die unsere Betrachtungen durch Darstellung der österreichischen Verhältnisse in wünschenswerter Weise ergänzt. Pilcz vergleicht seine in den ersten 2½ Kriegsjahren an einem Wiener Garnisonspital beobachteten Kranken, soweit es sich um Männer zwischen 18 und 50 Jahren handelt (7076 Fälle), mit dem der Männerabteilung der Wiener Psychiatrischen Klinik vom Jahre 1913 in denselben Altersstufen (1696 Fälle). Dabei findet er während des Krieges 7,97 Proz. Alkoholpsychosen gegen 31,39 Proz. im Jahre 1913. Unter ähnlichen Bedingungen hat übrigens Stiefler[54]) in Przemysl fast genau so viel, nämlich 7 Proz., Alkoholismus gefunden. Der Kriegsprozentsatz unter den Soldaten ist also in den österreichischen militärischen Anstalten verhältnismäßig höher als bei uns (s. u.), dies hängt wohl mit dem geringeren Rückgang der Herstellungen und des Verbrauchs von alkoholischen Getränken, vor allem in der ungarischen Reichshälfte zusammen. Nach der amtlichen Statistik[59]), die die Jahre 1915 und 1916 umfaßt, hat der Alkoholismus in Ungarn auch unter der Zivilbevölkerung eine nicht nur absolut, sondern auch relativ viel geringere Abnahme erfahren. Erst im Jahre 1916 findet sich dabei eine deutliche Abwärtsbewegung der männlichen Alkoholiker, der Bestand an weiblichen Alkoholikern hat sich dagegen im Laufe des Jahres 1916 überhaupt nicht geändert.

***) Im Felde sind die Zahlen naturgemäß wesentlich höher, schon weil in den besetzten Gebieten teilweise riesige Mengen von alkoholischen Getränken vorgefunden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In Königsberg, das wegen der Nähe der Front lange Zeit ganz besonders stark mit Truppen, vor allem auch mit Ersatztruppenteilen belegt war und wo dementsprechend überwiegend Heeresangehörige in der Klinik aufgenommen wurden, hat Fürst 1916/17 gegenüber 1914/15 doch einen Rückgang des Alkoholismus um 75,3 Proz. feststellen können. Dabei war die Zahl der militärischen Alkoholistenaufnahmen besonders hoch, weil fast alle forensischen Fälle von Königsberg und Umgebung der Klinik zugeführt wurden. Die Zahl der über 40jährigen Alkoholiker geht hier etwa auf den vierten Teil von 1914 zurück.

Endlich führe ich hier noch die Angaben von Robert[43]) aus der Kieler Klinik an: Hier sinken die Alkoholikeraufnahmen von 15,6 Proz. im Jahre 1916 auf 0,6 Proz. in den ersten Monaten von 1917 ab, obwohl die Gesamtzugänge infolge der Eigenschaft Kiels als Kriegshafen und als Mittelpunkt der Werftindustrie stark gestiegen sind. Damit scheint mir die Frage nach der Bedeutung des Heeresdienstes für die Abnahme des Alkoholismus genügend geklärt: die Abwesenheit vieler Männer infolge des Heeresdienstes hat keinen ausschlaggebenden Einfluß auf die Abnahme ausgeübt. Im übrigen findet sich die beste Bestätigung dafür in der Tatsache, daß die eigentlichen Ursachen der Abnahme, die Knappheit und der hohe Preis der alkoholischen Getränke auch nach der Rückkehr des Feldheeres weiter wirksam geblieben sind.

Nachdem wir so über die allgemeineren Zusammenhänge einen Überblick gewonnen haben, wenden wir uns weiterhin den spezielleren Fragen zu. Vor allem wird es hier darauf ankommen, die Verschiebungen innerhalb der einzelnen Gruppen der Alkoholpsychosen festzustellen.

Zunächst erscheint mir da die Tatsache bemerkenswert, daß die schweren akuten Psychosen, das Delirium und die Halluzinose der Trinker am stärksten zurückgegangen sind. So findet Ziertmann bei dieser Krankheitsgruppe einen Rückgang von 92,7 Proz., dagegen bei dem chronischen Alkoholismus überhaupt nur einen solchen von 85,6 Proz. Bei anderen Beobachtern tritt der Unterschied besonders hinsichtlich des Deliriums tremens noch deutlicher hervor.

Diese schwerste aller alkoholistischen Geistesstörungen ist schon in früheren Zeiten gern als Gradmesser für den Stand des Alkoholismus verwendet worden. Sie eignet sich dazu besonders gut, weil hier die Diagnose auch für den Nichtspezialisten ziemlich eindeutig ist, weil die größere Mehrzahl der Fälle zur klinischen Behandlung kommt und weil hier kein Zweifel besteht, daß als wesentliche Ursache nur der chronische Alkoholismus in Betracht kommt. Wernicke[65]) hat an seiner Klinik einen

wurden. Levy-Suhl[31]) hat z. B. im ersten Kriegsjahre unter 78 Geisteskranken seines Lazaretts 21 Alkoholisten gefunden, Baller[2]) in der Geisteskrankenstation seines Festungslazaretts 14,3 Proz. Alkoholkranke. — Folgende Angaben Ballers sind für die hier behandelten Fragen besonders belangreich: von den Gesamtaufnahmen, die alle Stände und Berufsklassen umfassen, waren 64 Proz. gediente, 35,4 Proz. ungediente Leute. Von den Alkoholikern waren 88,8 Proz. gedient und nur 11,2 Proz. ungedient. Die Gedienten, d. h. die durchschnittlich Kräftigeren und Gesunderen, stellten demnach fast achtmal soviel Alkoholiker als die mit Schwächlichen und Degenerierten stärker durchsetzten Ungedienten. Der endogene Faktor tritt also hier an Bedeutung überraschend zurück. — Pilcz hatte unter seinen Kranken 3248 Frontsoldaten und 2191 Leute aus dem Hinterlande. Unter den ersteren betrug der Prozentsatz der Alkoholiker 5,91 Proz., unter den letzteren 10,76 Proz. Der stärkere Heimatsalkoholismus (s. o.) mag auch hier mitgespielt haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

starken Rückgang der Deliranten beobachtet, nachdem am 1. Oktober 1887 eine kräftigere Besteuerung des Branntweins Gesetzeskraft erlangt hatte. Innerhalb eines Jahres sank die Zahl von 152 auf 52 ab. Die gleiche günstige Wirkung beobachtete Didjurgeit[10]) in Königsberg. Dasselbe Gesetz bewirkte im Jahre 1888 in ganz Preußen eine Abnahme des Deliriums auf 40 Proz. Einen noch stärkeren Rückgang, nämlich um 50 Proz., hat Jeske[21]) in Breslau als Folge des Branntweinsteuergesetzes vom 15. Juli 1909 und eines anschließenden Schnapsboykotts durch die Arbeiterschaft beobachtet. Gleichzeitig gingen übrigens die sonstigen Alkoholpsychosen nur um 28,5 Proz. zurück.

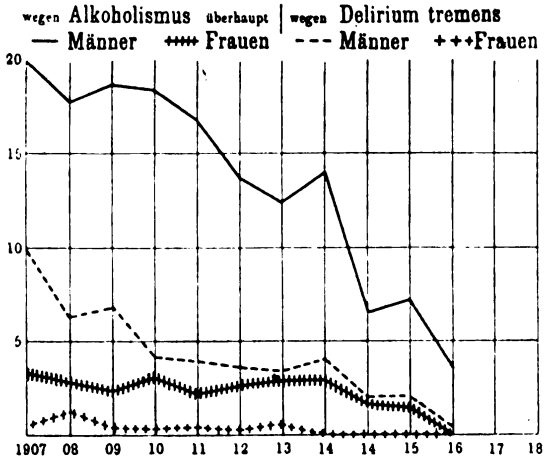
In Hamburg erfolgte nach Manchot[35]), eine erhebliche Abnahme des Deliriums, als im Jahre 1887 das frühere Freihafengebiet Hamburg durch den Zollanschluß in die Branntwein- und Brausteuergemeinschaft des übrigen Reiches eingetreten und gleichzeitig der Bedürfnisnachweis für die außerordentlich zahlreichen Wirtschaften eingeführt worden war.

Ein typisches Beispiel für den Rückgang der Deliranten im Kriege gibt die Statistik, die Bonhoeffer[7]) aus der Charité in Berlin veröffentlicht hat (s. Tab. 4). Die Kurve der Deliranten, die ebenso wie die allgemeine Alkoholistenkurve schon vor dem Kriege in langsamer Abwärtsbewegung begriffen war, biegt hier vom letzten Drittel des Jahres 1914 an stärker als die andere Kurve nach abwärts und erreicht 1916 bei den Männern fast den Nullpunkt (0,3 Proz.), auf den sie bei den Frauen schon bei Kriegsausbruch abgesunken war. Dieses fast völlige Verschwinden des Deliriums, besonders auch bei den Frauen, wird von allen Untersuchern, so z. B. auch von Beninde bestätigt*).

Tabelle 4.

Der Anteil der alkoholischen Erkrankungen und des Delirium tremens an den Aufnahmen der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité zu Berlin vor und während des Krieges.
(Nach Bonhoeffer.)

Auf je 100 Aufnahmen kamen Aufnahmen:



Ebenfalls in Übereinstimmung mit anderen Autoren hat Bonhoeffer[6]) einen vorübergehenden Anstieg der Deliriantenaufnahmen in den ersten Mobilmachungstagen beobachtet**). Wollenberg[67]) fand in Straßburg in den ersten Kriegswochen häufiger sehr schwere Formen des Deliriums, die sich durch tiefe Bewußtseinsstörungen und starke motorische Erregung auszeichneten. Aus Frankfurt a. M. berichtete Hahn[15]) im Dezember 1914, daß die einzigen Delirien seit Kriegsbeginn in der Mobilmachungszeit zur

*) Nur Pilcz hat in Wien eine größere Zahl, nämlich 104 Delirien unter 630 Alkoholpsychosen beobachtet, davon 24 bei Frontsoldaten, 50 im Hinterlande (Rest fraglich).

**) In der graphischen Darstellung kommt diese Schwankung nicht zum Ausdruck, weil sie durch das unmittelbar anschließende Absinken auf Null wieder ausgeglichen wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufnahme gekommen seien. Auch Meyer[36]) in Königsberg hat solche akute Alkoholpsychosen besonders bei Kriegsbeginn beobachtet.

Bei einem großen Teile der Fälle hat es sich auch (nach Ansicht der Beobachter selbst*) zweifellos um Abstinenzdelirien als eine Begleiterscheinung der alkoholfreien Mobilmachung gehandelt. Sie kamen zum Ausbruch als Folge der Gemütserschütterungen und der ungewohnten Strapazen, vor allem des tagelangen Umherfahrens in den Zügen bei großer Hitze. Nur in einzelnen Fällen kann die plötzliche Zwangsabstinenz als Ursache sicher ausgeschaltet werden, so z. B. in vier von den sechs Fällen Hahns, wo nachweisbar Alkoholgenuß stattgefunden hatte. Der Einfluß der Hitze während der langen Bahnfahrt erscheint mir besonders einleuchtend. Wir nehmen ja als pathologisch-anatomische Grundlage des Deliriums eine Reizung der Hirnhäute an, und diese wird durch die hyperämisierende Wirkung der Wärme zweifellos begünstigt (vgl. auch die Fieberdelirien!).

Abstinenzdelirien kommen in Friedenszeiten jedenfalls nur ausnahmsweise vor, Wassermeyer[62]) berechnet sie z. B. auf 3,78 Proz. Von manchen Seiten wird aber bekanntlich ihre Existenz überhaupt bestritten, so besonders von Forel, weil sie in Irren- und Trinkerheilanstalten trotz brüsker Alkoholentziehung nie zur Beobachtung kommen. In der Mobilmachungszeit lagen aber doch besondere Umstände vor. Die Soldaten erfuhren in diesen Tagen eine ganz außergewöhnliche körperliche und seelische Inanspruchnahme, wie sie bei der Aufnahme in eine Anstalt doch höchstens ausnahmsweise statthaben dürfte. Andererseits kennen wir ja auch die Mitwirkung schwieriger äußerer Umstände und seelischer Erschütterungen, z. B. von den Haftdelirien**) her. Ein Widerspruch mit den Beobachtungen Forels u. a. braucht also nicht vorzuliegen.

Es gibt aber auch andere ältere Beobachtungen, die meines Erachtens eindeutig für das Vorkommen von Abstinenzdelirien sprechen und die ich deshalb hier mit anführe. Vor allem hat Wigert[65]) während eines mehrere Monate dauernden Alkoholverbotes in Stockholm 1909 eingehende Untersuchungen darüber angestellt. In der ersten Woche nach Beginn des Verbots, das im August 1909 wegen des Generalstreiks der Arbeiter plötzlich einsetzte, kamen in den Stockholmer Anstalten 16 Deliranten zur Aufnahme, während vorher der Wochendurchschnitt mit geringen Schwankungen nur 4,6 betragen hatte. In der zweiten Woche wurde nur noch ein Fall beobachtet, dann vier Wochen lang überhaupt keiner. Anfangs beobachteten auch praktische Ärzte zahlreiche Formen von Erregungen usw. bei Alkoholikern, die als abortive Delirien gedeutet werden mußten. Den Einwand,

*) Bei dem hauptsächlichsten Bearbeiter dieser Fragen, Bonhoeffer, finden sich widersprechende Angaben darüber. Einmal[6]) spricht er davon, daß die in den Mobilmachungstagen gehäuft auftretenden Delirien durch „die Strapazen der langen Eisenbahnfahrten, die affektive Erregung, die plötzliche Unterbrechung des gewohnten Alkoholkonsums während der Fahrten" ausgelöst worden seien, an anderer Stelle dagegen[4]) führt er die Steigerung auf die „Mehrung der Trunkexzesse der Alkoholisten im Gefolge der Mobilmachungserregung" zurück. Die Verantwortung dafür, inwieweit es sich tatsächlich um Abstinenzdelirien gehandelt hat, muß natürlich den betreffenden Verfassern überlassen bleiben.

**) Pilcz berichtet z. B. von 16 Abstinenzdelirien unter 104 Fällen, davon 13 in „Präventivhaft bzw. Arrest", 2 „Dunkelkammer"delirien bei Augenerkrankungen", 1 Delirium „in Krankenhauspflege wegen Fraktur".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es habe sich um Trinker gehandelt, die sich an einem vorsorglich angelegten Alkoholvorrat berauscht hätten, widerlegt Wigert mit schlagenden Gründen, ich kann aber hier nicht näher darauf eingehen. — Daß bei uns in den späteren Kriegsjahren keine Abstinenzdelirien weiter aufgetreten sind, ist selbstverständlich. Das Alkoholangebot hat sich ja ganz allmählich verringert, während Abstinenzdelirien immer eine plötzliche restlose Entziehung des Giftes voraussetzen.

Eine für die Entstehung des Deliriums wesentliche Frage ist leider so gut wie nirgends berücksichtigt worden, nämlich die nach der Herkunft und den Trinkgewohnheiten der während der Mobilmachung beobachteten Deliranten. Wahrscheinlich würden wir daraus wichtige Schlüsse auf die Wertigkeit der verschiedenen Alkoholika für die Entstehung des Deliriums ziehen können. Ich habe hierüber nur eine einzige Angabe finden können, und zwar in einer Arbeit von Röse[46]) aus Goddelau (Hessen). Dieser berichtet über Abstinenzdelirien bei Weinbauern, ohne jedoch genauere Angaben darüber zu machen.

Bekannt ist, daß dem Schnaps in der Ätiologie des Deliriums eine bevorzugte Rolle zukommt. Das zeigt z. B. der schon erwähnte Rückgang der Deliranten infolge des Schnapsboykotts in Breslau 1909, wo zu gewöhnlichen Zeiten das Delirium etwa die Hälfte aller Alkoholpsychosen ausgemacht habe. Es wäre sehr erwünscht, wenn das vorliegende Material unter diesen Gesichtspunkten einer erneuten Durchsicht unterzogen würde.

Ehe wir die Frage des Deliriums verlassen, möchte ich noch einmal auf einen schon kurz berührten Punkt zurückkommen. In der Bonhoefferschen Statistik sinkt die Delirantenkurve, wie ich gezeigt habe, rascher und steiler ab, als die aller Alkoholpsychosen zusammengenommen, und bei Ziertmann weisen die schweren akuten Alkoholpsychosen einen stärkeren Rückgang auf als der chronische Alkoholismus. Noch deutlicher tritt dieses Verhältnis bei Oehmig[37]) in Erscheinung, wo wir den Alkoholismus bei allen Aufgenommenen, also auch da, wo er nur den Nebenbefund bildet, zu den Delirantenaufnahmen in Beziehung setzen können. Die Zahl der Deliranten sinkt bei Oehmig in den Jahren 1915 und 1916 jeweils um die Hälfte des Vorjahres und 1917 auf 1,9 Proz. des Standes von 1914. Der Alkoholismus im ganzen dagegen sinkt nach der gleichen Statistik, wie schon an der graphischen Darstellung gezeigt, zwar ebenfalls steil ab, die Abnahme von 1914 bis 1915 beträgt aber zunächst nur 38 Proz. und erst in den nächsten beiden Jahren jeweils die Hälfte des Vorjahres, bis im Jahre 1917 ein Prozentsatz von 14,7 des Standes von 1914 erreicht ist.

In diesem Abstande der beiden Kurven sehe ich einen weiteren Beweis für meine Annahme, daß der Alkoholismus nicht nur der Zahl der Befallenen nach, sondern noch stärker seiner Intensität nach bei den einzelnen nachgelassen hat. Allein dieser Rückgang der Gipfelerscheinungen des Alkoholismus bedeutet einen großen Gewinn, weil das Delirium mit seiner Mortalität von 10 Proz. eine außerordentliche Gefahr für die Erkrankten bedeutet. Ich möchte das nur an einem Beispiel, nämlich an den Zahlen für Preußen zeigen. Wenn wir annehmen, daß ohne die Kriegseinwirkungen die Todesfälle an Delirium tremens von 1914 an auf gleicher Höhe stehengeblieben wären, so bedeutete das nach meiner Berechnung auf Grund der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

amtlichen Zahlen für Preußen allein eine Ersparnis von 1772 Menschenleben in den Jahren 1915 bis 1917.

Die außer dem Delirium tremens vorkommenden, weniger häufigen Alkoholpsychosen sind nur vereinzelt von den Autoren behandelt und dann meist in sehr verschiedene Gruppen zusammengefaßt worden, so daß unmittelbare Vergleiche kaum möglich sind. Am häufigsten hat noch die akute Halluzinose oder der halluzinatorische Wahnsinn der Trinker (Alkoholparanoia) Berücksichtigung gefunden. Diese besteht bekanntlich in einem weniger stürmisch verlaufenden, paranoiaähnlichen Zustande, der dem Delirium nahe verwandt und von ihm oft nicht scharf abzugrenzen ist*). Die Halluzinose wird deshalb in den vorliegenden Arbeiten, z. B. auch in der von Ziertmann, häufiger mit dem Delirium zu einer Krankheitsgruppe zusammengefaßt. Von der unsicheren klinischen Abgrenzung auch gegen nichtalkoholistische Halluzinosen wird es auch herkommen, daß die Angaben der einzelnen Autoren stark voneinander abweichen, ohne daß anderweitige Gründe dafür erkennbar wären. So sinkt die Zahl der Halluzinanten bei Robert (Kiel) etwa in gleichem Verhältnis wie beim Delirium tremens, bei Weichbrodt (Frankfurt a. M.) ist von 1913 bis 1919 nur ein Fall verzeichnet, in Königsberg dagegen steigt die Zahl von 1913 bis 1916 von 1 auf 2,6 und schließlich 7 an. Noch größere Unstimmigkeiten bezüglich der Halluzinose weist Bonhoeffer[4]) an der Statistik für Preußen nach und führt sie ebenfalls auf unrichtige Diagnosestellung zurück, wie sie auch bei anderen Alkoholpsychosen häufig vorkommt. Es besteht noch immer die Neigung, sagt Bonhoeffer, ohne weiteres von alkoholistischer Geistesstörung zu sprechen, wenn in der Vorgeschichte alkoholistische Daten vorliegen. Das, was die Statistik über den Rückgang der alkoholistischen Erkrankungen in Anstalten und Krankenhäusern aussagt, ist deshalb sicher noch zu wenig. „Bei schärferer Erfassung des rein alkoholistisch Bedingten würden die Zahlen noch stärker im Sinne eines Rückganges der alkoholistischen Geistesstörungen sprechen."

Eine besondere Stellung unter den Kriegsformen des Alkoholismus nimmt noch der pathologische Rausch oder, wie er auch von Kraepelin genannt wird, der agitierte Rausch ein. Man versteht darunter eine besondere, eben krankhafte Form der Reaktion auf Alkohol, die nicht so sehr von der Menge des genossenen Giftes, als von einer neuropathischen Veranlagung des Betreffenden abhängig ist. Der endogene Faktor spielt also hier einmal sicher die ausschlaggebende Rolle. Bei dem pathologischen Rausch geht nach der Definition von Kraepelin[28]) die anfängliche Willenserregung nicht in Lähmung über, „so daß es neben ausgesprochener Bewußtseinstrübung zu großer Reizbarkeit und heftigen Aufregungszuständen mit Neigung zu schweren Gewalttaten kommt". In den Tropen wird bekanntlich diese Form des Rausches als „Tropenkoller" besonders häufig beobachtet.

Bonhoeffer[7]) hat nun während des Krieges an seiner Anstalt einen ganz auffallend hohen, und zwar rasch ansteigenden Prozentsatz von pathologischen Räuschen festgestellt. Während ihr Anteil noch 1912 den an sich schon hohen Stand von 12 Proz. sämtlicher alkoholistischer Erkrankungen aufweist, steigt er in den folgenden Jahren auf 13, 16, 30 und

*) Den psychologischen Zusammenhang beider Krankheitsbilder hat Linne in seiner Dr.-Dissertation[32]) einleuchtend dargestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1916 sogar auf 40 Proz. an. Bei Fürst[13]) erhöht sich von 1913/14 bis 1916/17 der Prozentsatz nur von 5,94 auf 20,0 Proz., bei Robert (Kiel) dagegen verschwindet der pathologische Rausch allmählich ganz aus der Statistik. Bei Oehmig sinkt die absolute Zahl von 46 im Jahre 1914 auf 6 im Jahre 1917 ab, um 1918 plötzlich wieder auf 15 hinaufzuschnellen *).

Wie erklärt sich diese Zunahme bei einzelnen Untersuchern? Zu einem Teil handelt es sich bestimmt nur um eine scheinbare Zunahme. Bei dem starken Rückgang des chronischen Alkoholismus (mit Einschluß des Deliriums) muß natürlich der Prozentsatz der pathologischen Rauschzustände im Verhältnis zunehmen, selbst wenn in Wirklichkeit die Ziffern gleichbleiben oder abnehmen.

Das läßt sich ohne weiteres an den Zahlen von Fürst zeigen. Die absoluten Zahlen der pathologischen Rauschzustände betragen bei ihm in den Jahren 1913 bis 1917 6, 22, 22 und 11 Fälle, zeigen also im letzten Jahre eine Abnahme um die Hälfte. Der Prozentsatz des pathologischen Rausches dagegen innerhalb der Alkoholistenaufnahmen steigt im gleichen Jahre von 18,33 auf 20,0, ergibt also eine scheinbare Zunahme bei tatsächlich starker Abnahme. Nur die absoluten Zahlen also und die Verhältniszahlen innerhalb der Krankheitsgruppe selbst können ein richtiges Bild geben, nicht aber der jeweilige Anteil der Gruppe an der Gesamtzahl der Alkoholpsychosen. Wie in dieser Beziehung die Verhältnisse bei Bonhoeffer liegen, entzieht sich bei dem Fehlen der absoluten Zahlen der Nachprüfung.

Ferner kommt bei Bonhoeffer und Fürst als Grund für das Ansteigen der pathologischen Räusche der Umstand hinzu, daß ihren Anstalten, Berliner Charité und Psychiatrische Klinik in Königsberg, vom Militär verhältnismäßig viel forensische Fälle zugewiesen wurden. Bei dem explosiven Charakter des pathologischen Rausches sind in militärischer Umgebung Konflikte mit den strengen Gesetzen oft ganz unvermeidlich, während vielleicht derselbe Fall in gewöhnlicher bürgerlicher Umgebung kaum zur Beobachtung des Richters und des Psychiaters gekommen wäre. Es erscheint mir deshalb doch fraglich, ob Bonhoeffer recht hat, wenn er das Anschwellen der pathologischen Rauschzustände als ein „häufigeres Manifestwerden psychopathischer Konstitutionen im Gefolge der Kriegsverhältnisse" deutet.

Den wesentlichsten Einwand aber gegen die Annahme, als hätte der pathologische Rausch im Kriege wesentlich zugenommen, erblicke ich in der unsicheren Abgrenzung des klinischen Krankheitsbildes. Siebert[52]) sagt wohl nicht mit Unrecht, die Feststellung, ob „pathologischer" oder „nicht pathologischer" Rausch, sei eine der schwersten psychiatrischen Aufgaben. Bei einem so erfahrenen Psychiater wie Bonhoeffer möchte ich die Diagnose nicht anzweifeln, von anderen Untersuchern sind aber in diese Gruppe sicher Krankheitsfälle mit eingereiht worden, die streng genommen gar nicht hineingehören, vor allem zahlreiche Fälle von Alkoholintoleranz.

*) Eine noch weit höhere Zahl von pathologischen Rauschzuständen als alle anderen Autoren, nämlich fast ebensoviel wie normale Rauschzustände (108 bzw. 114), hat Pilcz in Wien gezählt. Der Arbeit liegt aber ein anderes Einteilungsprinzip zugrunde, als es bei uns üblich ist (v. Wagnersche Schule), so daß die Zahlen nicht ohne weiteres vergleichbar sind. Siehe auch Anm. S. 92 betr. Intoleranz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Darunter versteht man bekanntlich im Gegensatz zu der qualitativ veränderten Reaktion des krankhaften Rausches eine im wesentlichen quantitative Änderung, eine gesteigerte Empfindlichkeit. Schon verhältnismäßig kleine Mengen Alkohol führen dabei zu einer Berauschung, wie sie bei dem Durchschnittsmenschen erst nach Einverleibung größerer Mengen eintritt.

Diese Intoleranz kommt angeboren vor, z. B. bei Epileptikern, Imbezillen und Hysterikern, sie kann aber auch erworben sein. Z. B. wird sie öfter nach akuten Infektionskrankheiten wie Typhus und Scharlach beobachtet, auch körperliche Erschöpfung und früherer chronischer Alkoholismus scheinen sie zu begünstigen*). Besonders häufig aber finden wir sie bei Kopfverletzungen, die ja im Laufe des Krieges an Zahl ständig zugenommen haben. Daß auch die Alkoholintoleranz in militärischer Umgebung leicht zu Konflikten führt, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Wie sich nun bei Fürst aus verschiedenen Einzelangaben ohne weiteres nachweisen läßt, hat er die Fälle von Intoleranz sämtlich mit in die pathologischen Rauschzustände einbezogen, daher denn auch seine hohen Zahlen. Unter anderem berichtet er, daß nicht weniger als 36 von seinen 55 Fällen früher einen Unfall, davon 24 eine Schädelverletzung erlitten hatten. Auch aus der Wiedergabe von subjektiven Äußerungen solcher Patienten geht die Einbeziehung der Intoleranz in diese Krankheitsgruppe hervor. Dabei lasse ich es ganz dahingestellt, ob nicht wenigstens in einem Teil der Fälle überhaupt nur eine scheinbare Steigerung der Empfindlichkeit, in Wirklichkeit aber eine Rückkehr zur normalen Reaktion infolge längerer Enthaltsamkeit vorlag, die der Alkoholgewöhnte an sich selbst ja gar nicht mehr kennt. Jedem, der im Felde war, ist es eine geläufige Erinnerung, wie allgemein, geradezu als Massenerscheinung bei den Soldaten diese verhältnismäßige Intoleranz mit all ihren unerfreulichen Begleiterscheinungen auftrat, besonders wenn die Leute nach langem Aufenthalt an der Front wieder den ersten Alkohol bekamen. Keinesfalls darf eine solche fast regelmäßige Erscheinung ohne weiteres als krankhaft angesprochen werden.

Nach alledem ist ein zwingender Beweis für die tatsächliche Zunahme der pathologischen Rauschzustände im engeren Sinne nicht erbracht, höchstens liegt eine gelegentliche Ausnahmeerscheinung ohne allgemeine Bedeutung vor. Bei der scheinbaren Zunahme handelt es sich, wie ich gezeigt habe, teils um Fälle von einfacher Intoleranz, die im Kriege häufiger geworden zu sein scheinen, teils beruht sie auf unrichtiger Berechnung, teils sind die Fälle nur aus äußeren Gründen häufiger als sonst in ärztliche Behandlung gekommen.

Überschauen wir noch einmal unsere psychiatrischen Betrachtungen, und legen wir diesem Rückblick wieder unsere anfängliche Fragestellung nach der Bedeutung der endogenen und der exogenen Bedingungen für die Entstehung des Alkoholismus zugrunde, so ergibt sich uns, um mit Bonhoeffer zu reden, „mit zwingender Deutlichkeit die ganz überwiegend

*) Zur Gruppe der Intoleranz gehören offenbar auch verschiedene im Felde beobachtete Einzelfälle, die von dem Beobachtenden als pathologische Rauschzustände bezeichnet werden, so z. B. ein Fall von Löwy[32]) (Schnapsgenuß nach längerer Enthaltsamkeit), zwei von Pilcz („Medikamentöse" Verabreichung von Kognak nach Gehirnerschütterung und nach schwerem Blutverlust, letzteres bei einem Abstinenten).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

soziale Bedingtheit auch der schweren Alkoholismusformen, entgegen der Auffassung, daß bei diesen der endogene Faktor von ausschlaggebender Bedeutung sei".

Für den Spielraum, der demgegenüber den inneren Ursachen zukommt, bieten die bisher vorliegenden Arbeiten keine nennenswerten neuen Anhaltspunkte, die verschiedenen Bearbeiter haben die Frage auch nur ausnahmsweise und dann zum Teil höchst unzulänglich in ihre Betrachtung einbezogen, so daß die Angaben einer ernsthaften Erörterung nicht als Grundlage dienen können*).

Auf die nichtalkoholistischen Geistesstörungen hat, wie zu erwarten war, die Abnahme des Alkoholismus keinen wesentlichen Einfluß ausgeübt. In den Schlußsätzen ihres bereits erwähnten Vortrages sagen Peretti und Wagner v. Jauregg: „Der Abnahme des Alkoholismus kann im wesentlichen Einfluß auf den Rückgang der nichtalkoholistischen Geisteskrankheiten nicht beigemessen werden; wahrscheinlich ist nur ein solcher auf den Rückgang der Aufnahmen von männlichen Epileptischen". Mit der letztgenannten Ausnahme vielleicht dürfte der Alkohol seinen Einfluß auf die nichtalkoholistischen Geisteskrankheiten vorwiegend auf dem Wege der Vererbung (Blastophthorie) geltend machen, eine sichtliche Wirkung könnten wir daher erst von einer mehrere Generationen hindurch dauernden Alkoholbeschränkung erwarten.

Ein gutes Beispiel für die Unabhängigkeit rein endogen bestimmter Geisteskrankheiten von den Kriegseinflüssen bietet der gleichmäßige, „schicksalsmäßige" Verlauf der Schizophrenie, wie er z. B. von Bonhoeffer[7]) und Oehmig[37]) beschrieben wird.

Der Prozentsatz der Schizophrenen betrug:

Tabelle 5.

In der Berliner Charité			In der Dresdener Heil- und Pflegeanstalt		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen
1912	8 3	14,4	1911—1913 . . .	9,13	23,3
1913	7,9	18,2	1915—1917 . . .	9,12	18,0
1914*)	10,5	15,0			
1914**)	8,0	17,6			
1915	8,8	16,0			
1916	8,0	13,0			

*) 1. Januar bis 31. August. — **) 1. September bis 31. Dezember.

Die Zahlen weisen also in beiden Fällen verhältnismäßig geringe, bei den schwächer beteiligten Männern fast überhaupt keine Schwankungen auf.

Neben den Geisteskrankheiten, die unter den Wirkungen des Alkoholismus das ärztliche Interesse naturgemäß am meisten in Anspruch nehmen, dürfen die körperlichen Erkrankungen nicht ganz unberücksichtigt bleiben. Allerdings ist hier die Schwierigkeit, den ätiologischen Anteil des Alkohols aus dem Gesamtbilde herauszulösen, durchweg wesentlich größer, weil sich die sonstigen äußeren Einflüsse bei den körperlichen

*) Dies gilt besonders für eine Arbeit, die höchst oberflächlich mit dem Begriff „Vererbung" umgeht, und nur geeignet ist, in dieser Frage Verwirrung zu stiften.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erkrankungen in ganz anderem Maße als bei den Geisteskrankheiten geltend machen. Zumal im Kriege haben sich die exogenen Schädlichkeiten (Hunger, Grippe, Überanstrengung usw.) so gehäuft, daß die Alkoholschäden dadurch schließlich ganz überdeckt worden sind. Vergleichende Untersuchungen der Morbidität und Mortalität in bezug auf den Alkoholismus werden dadurch äußerst erschwert.

Dieser wenig dankbaren Aufgabe hat sich Partsch[4]) auf Grund der Zahlen hauptsächlich der Breslauer Krankenanstalten unterzogen, und zwar hat er bei einer Anzahl von Krankheitsgruppen, die erfahrungsgemäß durch den Alkoholismus mit beeinflußt werden, den zahlenmäßigen Verlauf von 1911 bis 1916 bzw. 1917 untersucht. Aus den von ihm wiedergegebenen Zahlenreihen (aus dem Allerheiligen-Hospital und Wenzel-Hancke-Krankenhaus) entnehmen wir zunächst die auffallende Tatsache, daß verschiedene Krankheiten vor dem Kriege in bestimmten Jahren verhältnismäßig häufig zur Behandlung gekommen sind, wobei die einzelnen Krankheiten ihren Höhepunkt nach Häufigkeit und Sterblichkeit zu verschiedenen Zeiten erreichen. Er liegt z. B. bei den Herzkrankheiten im Jahre 1913 (440 Fälle gegen 383 bzw. 339 in den Vorjahren und 318, 229, 282 in den Nachjahren), bei der Arterienverkalkung im Jahre 1914 (140 Fälle gegen 59, 70 und 83 vorher, 84 und 89 nachher), bei der Leberzirrhose im Jahre 1912 (48 Fälle gegen 8 im Vorjahre und 31, 39, 28, 28 nachher), bei den anderen Leber- und Gallenkrankheiten im Jahre 1911 (138 gegen 101, 94, 84, 102, 109) und bei kruppöser Lungenentzündung im Jahre 1912 (97 gegen 71 im Vorjahre und 52, 19, 26, 52 nachher). Man geht kaum fehl, wenn man annimmt, daß darin zum Teil das in diesen Jahren statistisch feststellbare Anschwellen des Alkoholismus mit zum Ausdruck kommt. Man müßte aber einerseits an sehr viel größeren Zahlen und über einen längeren Zeitraum hin nachprüfen können, ob es sich hier um regelmäßige Parallelen handelt. Andererseits wissen wir von den Verlaufsgesetzen der ansteckenden und der nichtansteckenden Krankheiten überhaupt viel zu wenig, als daß hier mehr als Vermutungen aufgestellt werden könnten.

Es erübrigt sich, alle Krankheitsgruppen der Reihe nach durchzugehen, nur einige Bemerkungen seien gestattet. Die Schwankungen des Alkoholismus in den Vorkriegsjahren*) scheinen am stärksten bei der Leberzirrhose zum Ausdruck zu kommen, die im Jahre 1911 nur achtmal, dagegen 1912 genau sechsmal so häufig zur Behandlung gekommen ist. Bei dem langwierigen chronischen Verlauf der Krankheit ist aber der ursächliche Zusammenhang unsicher genug, in den ersten Kriegsjahren sehen wir ja auch keine deutliche Änderung trotz der raschen Abnahme des Alkoholismus. Nach Magnus-Levy[34]) hat sich übrigens das Krankheitsbild der Leberzirrhose in den letzten 20 Friedensjahren etwas verändert, und zwar als Folge des in dieser Zeit erfolgten Rückganges des Alkoholismus. Man sieht nach ihm heute die schweren Endstadien (Schrumpfung, hochgradiger Aszites) seltener als früher.

Bei den Herz- und Gefäßkrankheiten, die wohl die häufigste Folge des Alkoholmißbrauchs darstellen, dürften wir deutlichere Auswirkungen

*) Die Todesfälle infolge Alkoholvergiftung in Breslau erreichen ihren Höhepunkt im Jahre 1913 (22 Fälle gegen 17 bzw. 9 vorher und 18, 4 und 3 nachher). Vgl. auch Anm. S. 79.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seines Rückganges erwarten. Hier haben aber die schon genannten Kriegseinflüsse: Überanstrengung bei mangelhafter Kost und Grippe, daneben auch bei den Männern der ungemein häufig gewordene Tabakmißbrauch in entgegengesetztem Sinne gewirkt*), so daß hier die eine Ursache die andere mehr als ausgeglichen hat. Die in der Statistik von Partsch noch fehlenden Jahre 1917 und 1918 werden deshalb voraussichtlich eine ebenso starke Zunahme der Kreislaufserkrankungen ergeben haben, wie sie bei den Mitgliedern der Berliner Ortskrankenkasse in den Jahren 1915 bis 1918 festgestellt worden ist[58]). Die Krankheiten der Kreislauforgane nehmen in dieser Statistik von 1915 bis 1917 absolut und prozentual zu; bei den Frauen ist die Zunahme stärker als bei den Männern, und bei den ersteren fehlt auch der mäßige Rückgang, der bei den Männern im Jahre 1918 festzustellen ist. Eine außerordentlich starke Zunahme ist bei den über 45jährigen beiderlei Geschlechts festzustellen. Die Überanstrengungen des Krieges, unter denen die Frauen und die Bejahrteren besonders zu leiden hatten, prägt sich darin überzeugend aus.

Am ehesten könnte man daran denken, den auffallenden Tiefstand der Herzkrankheiten, den die Zahlen von Breslau im Jahre 1915 aufweisen, zugunsten des Alkoholrückganges zu buchen. Ich glaube jedoch, daß dazu die Einwirkungsdauer zu kurz ist. Vielleicht sehen wir hier aber den zahlenmäßigen Ausdruck einer in der Kriegszeit allgemein beobachteten Tatsache: angesichts der gewaltigen Kriegsereignisse nahmen viele Kranke ihre Beschwerden weniger ernst und kamen deshalb weniger häufig zum Arzt und ins Krankenhaus, als zu gewöhnlichen Zeiten. Bei den Herzkrankheiten kommt natürlich dieser subjektive Faktor stärker als bei anderen Krankheitsgruppen zur Geltung.

Eine große Rolle in der Alkoholmorbidität und -mortalität hat von jeher die Lungenentzündung, besonders ihre kruppöse Form, gespielt. Die letztere zeigt in den genannten Breslauer Krankenhäusern von 1911 bis 1916 in ihrer Häufigkeit starke Schwankungen, deren Ursachen nicht zu erkennen sind. Die Sterblichkeit an kruppöser Lungenentzündung ist dagegen sichtlich gesunken. Während von 1911 bis 1915 der fünfte bis sechste Teil der Behandelten zugrunde ging, ist 1916 nur ein Todesfall unter 52 Kranken verzeichnet. Zur gerechten Würdigung dieser Tatsache fehlt leider eine Sonderung der Fälle nach Geschlecht und Alter und das gleiche gilt in noch verstärktem Maße von den übrigen Formen der Lungenentzündung, an denen Kinder und Greise besonders stark beteiligt zu sein pflegen. Diese Sonderung wäre um so wichtiger, als das Verhältnis der Zahl der Todesfälle zu der der Erkrankungen bei allen Formen von Lungenentzündungen zusammen von 21,7 Proz. (1911 bis 1913) auf 27,4 Proz. (1914 bis 1916) ansteigt. — Die übrigen Krankheitsgruppen ergeben weder bei Partsch noch in dem Bericht der Berliner Ortskrankenkasse wesentlich neue Gesichtspunkte.

*) Welche Bedeutung der Nikotinmißbrauch gegenüber dem Alkoholismus gewonnen hat, zeigt u. a. eine Arbeit von Szymanowski[57]). Bei der Intoxikationsamblyopie (retrobulbärer Sehnerverkrankung) stand früher das Verhältnis der Ursachen 1. Alkohol, 2. Alkohol + Nikotin, 3. Nikotin etwa wie 3:2:1. Im Laufe der Kriegsjahre sind 1 und 2 fast völlig verschwunden, während 3 eine relative und absolute Zunahme erfahren hat. Dabei sind ebenso, wie schon von den weiblichen Alkoholikern erwähnt, die wohlhabenden Kreise in den späteren Jahren stärker vertreten geblieben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Bild, das wir uns nach dem Gesagten von der Einwirkung des Alkoholrückganges auf den allgemeinen Gesundheitszustand machen können, wird vervollständigt durch die schon mehrfach angeführten Berichte aus der Invalidenversicherung. Einige Angaben seien hier noch nachgeholt. Die Zahl der von den preußischen Landesversicherungsanstalten übernommenen Heilverfahren wegen Alkoholismus stürzt von 507 im Jahre 1914 auf 4 im Jahre 1917 ab. Die Trinkerheilstätten sind infolgedessen in den letzten Kriegsjahren völlig verwaist. Beachtenswert ist besonders die Besserung auch bei schweren und langdauernden alkoholistischen Veränderungen, die u. a. von Henneberg[18]), Leppmann[30]) und Bonhoeffer[4]) berichtet werden. Die Arbeitsfähigkeit der Trinker hat sich überall ganz wesentlich gehoben, wozu die erleichterte Arbeitsfindung und die hohen Löhne viel beigetragen haben. Nach Leppmann hat sich die günstige Wirkung auch bei den Unfallrentnern geltend gemacht, die bei Untätigkeit und Rentenbezug leicht dem Alkoholismus verfallen, nun aber sich des Trinkens entwöhnten und wieder zu arbeiten anfingen. Was diese Wiederherstellung der sozialen Brauchbarkeit volkswirtschaftlich bedeutet, davon geben Berechnungen von Kremper und Ziertmann einige Proben, wir müssen es uns aber versagen, hier näher darauf einzugehen.

Nur ein Wort noch über die Todesfälle an Alkoholismus. Wenn auch der Häufigkeit des Alkoholmißbrauchs als Todesursache aus bekannten Gründen nur ein beschränkter Wert zukommt, so sind doch die Verhältniszahlen ganz lehrreich. In den Breslauer Krankenanstalten betrugen die Todesfälle infolge Alkoholvergiftung (also wohl nur die akuten Fälle) in den Jahren 1911 bis 1917 jeweils 9, 17, 22, 18, 4 und 3 Fälle. Nach Hauffe[17]) wurde Alkoholismus in Chemnitz 1914 noch siebenmal, 1915 bis 1918 dagegen im ganzen nur einmal als Todesursache aufgeführt. Beachtenswert erscheint auch eine Mitteilung der Berliner Fürsorgestellen, wonach im Jahre 1919 „eine bei weit mehr Pfleglingen nie annähernd dagewesene Zahl" von Todesfällen vorkam, und „verhältnismäßig häufig" handelte es sich dabei um offene Lungentuberkulose. Also eine Spätwirkung des Krieges auf die geschwächten Körper der Alkoholiker, und zwar auch bei denjenigen, die, wie der Bericht sagt, „ihrer Leidenschaft schon entsagt hatten".

Die Darstellung des Alkoholismus während des Krieges wäre nicht vollständig, wenn nicht wenigstens kurz der Ersatzgetränke gedacht würde, die im Rahmen des Kriegsalkoholismus nicht nur in unserem Lande eine gewisse Rolle gespielt haben. Allenthalben hat die Presse die Gruselgeschichten verbreitet, die besonders aus den Auslandsstaaten mit Alkoholverbot von einem unheimlichen, äußerst gesundheitsschädlichen Verbrauch an Brennspiritus, Möbelpolitur, Äther und anderen Ersatzstoffen zu melden wußten, mit denen die Trinker ihr unüberwindliches Bedürfnis nach narkotischen Mitteln befriedigten. Diese Nachrichten flossen zum Teil aus sehr trüber Quelle. Gewisse Kreise haben eben ein Interesse daran, die Bedeutung der Frage stark aufzubauschen. Es wird nun niemandem einfallen wollen zu leugnen, daß schwere Alkoholiker in Ermangelung ihres gewohnten Getränkes gelegentlich zu solchen mehr oder weniger gefährlichen Stoffen ihre Zuflucht nehmen und dadurch zu Schaden kommen. Die relative Bedeutungslosigkeit dieser Frage wird jedoch am besten dadurch gekenn-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeichnet, daß nur von einzelnen Trinkerfürsorgestellen Klage z. B. über den Gebrauch von Brennspiritus geführt wird, daß dagegen aus keiner psychiatrischen Anstalt etwas von verbreiteteren Mißständen oder von besonderer Schädigung durch derartige Mittel verlautet. Auf das Gesamtergebnis haben sie jedenfalls nicht den geringsten Einfluß ausgeübt.

Eine nicht unbedenkliche Zunahme hat dagegen zweifellos der Morphinismus und Kokainismus erfahren. Der erstere hat seine Opfer vor allem unter den allzu freigebig mit Morphium versorgten Kriegsverwundeten*), sowie unter dem im Kriege stark angewachsenen Pflegepersonal gefunden. In irgend einem ursächlichen Verhältnis zum Alkoholismus steht aber diese Zunahme nicht und bedeutet keine Gefahr für die Zukunft, wie auch Bonhoeffer[4]) ausdrücklich feststellt**). Der Kokainismus hat, wie z. B. Glaserfeld[14]) schildert, besonders in der großstädtischen Lebewelt Verbreitung gefunden. Allein durch diese Beschränkung auf eine auch heute reichlich Alkohol genießende Schicht wird der Einwand widerlegt, als handele es sich hier um bedenkliche Ersatzerscheinungen für den fehlenden und „unentbehrlichen" Alkohol.

Damit kommen wir zum Schluß. Ich bin mir der Lückenhaftigkeit meiner Ausführungen wohl bewußt, bei der Fülle des Stoffes war es mir aber nicht möglich, in dem Rahmen eines Vortrages mehr als einen ungefähren Überblick zu geben. Eine ganze Reihe wichtiger Fragen, die in engster Beziehung zu dem Gegenstande des Vortrages stehen, habe ich außer Betracht lassen müssen, so die Abnahme des Alkoholismus in anderen neutralen und kriegführenden Staaten, die Wirksamkeit der verschiedenen behördlichen Maßregeln im Laufe des Krieges***), die Fehler, die dabei gemacht wurden, die Forderungen, die wir daraus für die Zukunft ableiten müssen u. a. m. Ein Mangel meiner Ausführungen liegt endlich auch darin, daß ich bei dem Fehlen weiterer Unterlagen die Verhältnisse in der zweiten Kriegshälfte und in der Nachkriegszeit nur teilweise berücksichtigen konnte.

Trotz dieser Unvollständigkeit geht aber aus meinen Ausführungen wohl zur Genüge hervor, daß der sonst nur Not und Elend verbreitende Krieg auf diesem einzigen Gebiete unseres Volkslebens reichen Segen gestiftet hat. An uns liegt es nun, den lediglich aus der „absichtslosen Kriegsnotwendigkeit" heraus erwachsenen Erfolg planmäßig zu etwas Bleibendem auszugestalten. Mehr als je ist es jetzt notwendig, Aufklärung zu verbreiten und die Gesetzgebung durch Maßnahmen auszubauen, die das bisher Erreichte festzuhalten und weiter zu entwickeln gestatten. Andernfalls ist nach den überall zutage tretenden Anzeichen zu befürchten, daß trotz unserer heutigen Notlage der Alkoholismus wieder von neuem aufflammt und dann wohl mit Sicherheit die geschwächten Grundmauern ganz zerstört, auf denen wir heute unsere Zukunft neu aufzubauen gedenken.

*) Einen schweren Fehler der Militärsanitätsbehörde bedeutete es zweifellos, daß, wenigstens in der ersten Kriegszeit, nur Ampullen mit 0,02 Morphium, also mit dem Doppelten der üblichen therapeutischen Dosis, vorrätig gehalten wurden, denn selbstverständlich wurde diese Dosis in der Regel auch auf einmal verabfolgt.

**) Wirksame Maßregeln zur Bekämpfung des Morphinismus schlägt Kahn[26]) vor.

***) Eine übersichtliche Darstellung der Alkoholwirtschaft im Kriege gibt die Schrift von G. Seiß[51]). Die gegen den Alkohol gerichteten behördlichen Maßnahmen sind fortlaufend von Dr. Flaig in der „Alkoholfrage"[69]) zusammengestellt worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachtrag.

Nach Abschluß vorliegender Arbeit sind noch zwei wichtige Beiträge zur Abnahme des Alkoholismus in München und im übrigen Bayern erschienen. Der erste ist eine von v. Ammann, v. Gruber, Kahn, Kraepelin, Perutz, Rüdin u. a. unterzeichnete Eingabe an den Bayerischen Landtag (Münch. med. Woch. 1920, Nr. 34, S. 1003), die gegen die Erhöhung des Gerstenkontingents Einspruch erhebt, der andere, „Alkoholische Geistesstörungen", stammt aus der Feder von Emil Kraepelin (Münch. med. Woch. 1920, Nr. 43, S. 1235). Aus beiden Berichten lassen sich folgende Zahlen zusammenziehen.

Die Aufnahmen in der Münchener Psychiatrischen Klinik betrugen:

	a) Insgesamt	b) Alkohol. Geistesstörungen		a) Insgesamt	b) Alkohol. Geistesstörungen
1910	?	300	1916	1488	76
1911	?	285	1917	1448	56
1913	1758	?	1918	1614	44
1914	1838	277	1919	1430	43
1915	1487	126			

Der Gesamtzugang hat sich also nicht wesentlich verringert, jedenfalls weit weniger als der an Alkoholikern. Der Anteil der Alkoholkranken am Gesamtzugang ist von 16,3 im Jahre 1911 auf 3 Proz. im Jahre 1919 abgesunken. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Anmeldungen bei der Münchener Trinkerfürsorgestelle von 157 auf 9 zurückgegangen. Nach Feststellungen des Statistischen Landesamtes betrug in ganz Bayern der Anteil des Alkoholismus an den Gesamterkrankungen im Jahre 1913 18,4, im Jahre 1918 nur noch 3,4 Proz.

Die Abnahme erstreckt sich auch auf die Männer im dienstfähigen Alter, sowie auf die Frauen. Von letzteren wurden 1914 noch 33, 1919 nur 2 aufgenommen. Auch nach Rückkehr der dienstfähigen Männer ist 1919 die Zahl der Alkoholisten gering geblieben.

Zur Aufnahme kommen jetzt meist Schieber, Animierkellnerinnen und Erwerbslose mit schweren Wein- und Schnapsräuschen. Der Bieralkoholismus ist durch das Dünnbier sehr stark zurückgegangen, nur etwa 40 Proz. der wegen alkoholischer Geistesstörungen Aufgenommenen tranken auch Schnaps.

Eine willkommene Ergänzung dieser Betrachtungen bieten endlich auch die in der genannten Eingabe angeführten Zahlen über den Rückgang der Kriminalität.

„Die bayerische Justizstatistik für 1913 weist nach, daß etwa ein Achtel aller Delikte Alkoholdelikte waren, darunter 11 Fälle von Mord und Totschlag bei einer Gesamtzahl von 54. Heute ist das Alkoholdelikt fast vollständig aus Bayern verschwunden. Im Jahrzehnt 1900 bis 1909 sind bei dem niederbayerischen Schwurgericht Straubing 207 Fälle von Totschlag und Körperverletzung mit Todesfolge abgeurteilt worden, die Zahl der Angeklagten betrug 262. Also im Jahresdurchschnitt 21 Fälle und 26 Angeklagte. In 84 Proz. der Fälle geschah die Tat nach Wirtshausbesuch oder sonstigem Biergenuß. Im Jahre 1919 wurden von diesem Gericht und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den niederbayerischen Volksgerichten insgesamt abgeurteilt: wegen Totschlags 8 Personen, wegen Körperverletzung mit Todesfolge niemand. Die früheren Zahlen bedeuteten, nach der Bevölkerungszahl berechnet, etwa das Dreifache des Reichsdurchschnittes. Jetzt, in Zeiten einer sonst abnorm hohen Kriminalität, nur mehr ein Drittel dieser früheren Zahlen."

Literatur.

[1]) Aschaffenburg, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrag von Peretti und Wagner v. Jauregg [40]).

[2]) Baller, Krieg und krankhafte Geisteszustände im Heer. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1917, Bd. 73, Heft 1, S. 1 bis 33.

[3]) W. H. Becker, Alkoholbetrachtungen eines Psychiaters. Reichs-Med.-Anzeiger, Bd. 43, 1918, S. 401.

[4]) Beninde, Bonhoeffer, Partsch, Welchen Einfluß hat der während des Krieges innerhalb der bürgerlichen Bevölkerung verminderte Alkoholgenuß auf die geistige und körperliche Gesundheit des Volkes gehabt? Beratung der Erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen am 20. September 1919 im Ministerium für Volkswohlfahrt Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge, Bd. 59, Heft 1, 1920. Abdruck davon in der „Alkoholfrage" 1920, Heft 1 ff.

[5]) Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie (zit. nach Stein).

[6]) K. Bonhoeffer, Psychiatrisches zum Kriege. Vortrag in der Kriegsärztlichen Vereinigung. Berlin, 20. Oktober 1914. Ref. Mon. f. Psych. u. Neurol., Bd. 36, 1914, S. 435.

[7]) Derselbe, Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 14. Mai 1917. Mon. f. Psych. u. Neurol., Bd. 51, Heft 6, S. 383.

[8]) Derselbe, Die psychiatrische Krankenbewegung während der Kriegsjahre. Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten am 13. Januar 1919. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 18, S. 167, Nr. 150. (Soll ausführlich im „Archiv für Psychiatrie" erscheinen.)

[9]) Derselbe, s. Beninde [4]).

[10]) Didjurgeit, Statistik der in der Zeit vom 1. April 1879 bis 1. April 1894 an der städtischen Krankenanstalt zu Königsberg behandelten Fälle von Delirium tremens. Königsberg, Dissertation, 1898. 25 S.

[11]) Dresel, Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung. Die „Alkoholfrage", 13. Jahrg., 1917, S. 33.

[12]) Finckh, Kritisches zu der Lehre von den Ursachen der Trunksucht. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1918, S. 285.

[13]) Curt Fürst, Über die Abnahme des Alkoholismus an der Psych. und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr. während des Krieges. (Dissertation 1919.) Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 60, Heft 2/3.

[14]) Bruno Glaserfeld, Über das gehäufte Auftreten des Kokainismus in Berlin. Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.

[15]) Hahn, Kriegspsychosen. Vortrag im Ärztlichen Verein Frankfurt a. M. am 21. Dezember 1914. Ref. Münchener Med. Wochenschrift 1918, Nr. 8.

[16]) Dr. Hartwig, Die Abnahme der Trunksucht während des Krieges. „Lübeckische Blätter", Zeitschr. d. Ges. z. Förderung gemeinnütziger Tätigkeit, vom 3. November 1918, Nr. 44.

[17]) Hauffe, Geburt und Tod in Chemnitz während der Kriegsjahre. Öffentl. Gesundheitspflege, 4. Jahrg., 1919, Heft 10, S. 343.

[18]) Henneberg, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrage von Bonhoeffer (14. Mai 1917) [7]). Ref. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 13, S. 569.

[19]) A. Holitscher, Die Lehre Freuds und die Abstinenzbewegung. Internat. Monatsschrift 1912, Heft 12, S. 479.

[20]) H. Hoppe, Die Tatsachen über den Alkohol. 4. Aufl. München 1912.

[21]) Erich Jeske, Die Abnahme der Frequenz des Delirium tremens in Breslau im Gefolge der Branntweinbesteuerung von 1909. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1911, Bd. 68, S. 353.

[22]) Juliusburger, Beitrag zur Psychologie der sog. Dipsomanie und zur Psychologie des Alkoholismus. Zentralbl. f. Psychanalyse 1912.

[23]) Derselbe, Zur Alkoholfrage. Monistisches Jahrhundert 1914, Heft 2.

[24]) Derselbe, Alkohol und Psycho-Sexualität. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft 1916, Bd. 2, Heft 10.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

[25]) Derselbe, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrage von Dr. Bornstein, „Alkohol und Sexualität" in der Ärztl. Ges. f. Sexualwissenschaft und Eugenik, Berlin (28. März 1918). Zeitschr. f. Sexualwissenschaft 1918, Bd. 5, Heft 4, S. 145.

[26]) Kahn, Zur Zunahme des Morphinismus. Münchener med. Wochenschrift 1914, Nr. 20, S. 571.

[27]) Kraepelin, Psychiatrie (zit. nach Stein).

[28]) Derselbe, Einführung in die Psychiatrische Klinik, 3. Aufl., 1916.

[29]) Rud. Kremper (Breslau), Über die Abnahme der Alkoholpsychosen im letzten Weltkriege. (Dissertation 1919.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 47, S. 173.

[30]) Friedr. Leppmann, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrage von Bonhoeffer (14. Mai 1917)[7]). Ref. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 13, S. 569.

[31]) Max Levy-Suhl, Psychiatrisches und Neurologisches aus einem Kriegslazarett. Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 23.

[32]) Otto Wilh. Linne, Zur Lehre von der Alkohol-Halluzinose. Dissertation aus der Psych. und Nervenklinik Kiel 1917.

[33]) Max Löwy, Neurologische und psychiatrische Mitteilungen aus dem Kriege. Mon. f. Neurol. u. Psych., Bd. 37, 1915, S. 380.

[34]) Magnus-Levy, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrage von Bonhoeffer (14. Mai 1917)[7]). Ref. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 13, S. 570.

[35]) Manchot, Das Delirium tremens und die Anwendung der Bedürfnisfrage bei der Erteilung von Schankkonzessionen in Hamburg. Hamburg, Otto Meissners Verlag, 1903. 30 S.

[36]) E. Meyer, Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges. Vortrag vom 23. November 1914 im Verein für wissenschaftliche Heilkunde, Königsberg, Deutsche med. Wochenschrift 1914, Nr. 51.

[37]) Oehmig, Weiteres über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Mon. f. Psych. u. Neurol., Bd. 43, Heft 6.

[38]) Partsch s. Beninde[4]).

[39]) Peretti, Über den Rückgang der Alkoholistenaufnahmen in den Anstalten seit dem Kriegsbeginn. Berl. klin. Wochenschrift 1918, Nr. 9, S. 211.

[40]) Peretti und Wagner v. Jauregg, Die Abnahme des Alkoholismus in seiner Wirkung auf die Geisteskrankheiten. Ref. auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg am 27./28. Mai 1920. (Ausführlicher Bericht ist noch nicht erschienen; zit. nach „Deutsch. Guttempler", Nr. 15, 1920, S. 242.)

[41]) Alexander Pilcz. Einige Ergebnisse eines Vergleiches zwischen einem psychiatrischen Material der Friedens- und Kriegsverhältnisse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 52, 1919, S. 227 u. 371.

[42]) Preisig und Amadian (Cery bei Lausanne). Les alcooliques sont-ils des dégénerés? Schweizer Archiv f. Neurol. 3 (1), S. 147. In deutscher Übersetzung und gekürzt („Sind die Trinker Degenerierte?"). Internat. Monatsschrift zur Bekämpfung des Alkoholismus. März/April-Heft, 1918.

[43]) Robert, Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges an der Königl. Psych. u. Nervenklinik zu Kiel. (Dissertation, Kiel 1917.)

[44]) Roemer, Über die Einwirkung des Krieges auf die Zahl der Alkoholikeraufnahmen im Krankenhause St. Georg zu Hamburg. Vortrag im Ärztl. Verein Hamburg am 15. Juni 1915. Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. 1915, Nr. 16, S. 623.

[45]) Roeper (Jena), Alkoholismus bei Frauen. Deutsche med. Wochenschrift 1914, S. 1910.

[46]) Roese, Schlußurteile bei 750 im Vereinslazarett Phillippshospital bei Goddelau behandelten psychiatrischen und nervösen Erkrankungen (Oktober 1914 bis Mai 1917). Klinik f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. 10, Heft 3.

[47]) Rüdin (und Weiler), Der Alkoholismus in München während des Krieges. Vortrag auf der Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte. Ref. Internat. Monatsschrift 1916, S. 325.

[48]) Margot Rust, Alkohol und soziale Fürsorge während des Krieges in Straßburg i. E. Straßburger Blätter für Sozialpolitik, herausgegeben vom Armenrat, 1917, Heft 7/8, S. 85.

[49]) Rybakow, Alkoholismus und Erblichkeit. Mon. f. Psych. u. Neurol., Bd. 20 (Ergänzungsheft), 1906.

[50]) W. Schweisheimer, Der Rückgang des Alkoholismus im Kriege. Öffentl. Gesundheitspflege, 4. Jahrg., 1919, Heft 10.

[51]) Gerhard Seiss, Die Alkoholwirtschaft im Kriege und ihre Folgen. (Aus dem Hygien. Institut der Universität Jena.) 48 S. Mäßigkeitsverlag, Berlin-Dahlem.

[52]) Siebert, Die psychiatrische Stellung der pathologischen Rauschzustände. Neurol. Zentralbl., Bd. 38, 1919, S. 610.

[53]) F. Stein (Budapest), Bemerkungen zur Diagnose und Therapie des chronischen Alkoholismus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 43, S. 159.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

[54]) G. Stiefler, Über Psychosen und Neurosen im Kriege. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. 37/39, 1919. (Enthält ein lückenloses Verzeichnis der Literatur über Kriegsneurosen und -psychosen.)
[55]) Stier, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrage von Bonhoeffer (14. Mai 1917)[7]). Ref. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 13, S. 570.
[56]) Wilh. Stöcker, Klinischer Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. 298 S. Jena, Gust. Fischer, 1910.
[57]) K. Szymanowsky, Einwirkungen des Krieges auf die Augenerkrankungen in der Heimat. Deutsche med. Wochenschrift 1918, Nr. 33.
[58]) Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes, 43. Jahrg., 1919, Nr. 4, S. 47.
[59]) Daselbst, 43. Jahrg., 1919, Nr. 10, S. 129. Ungarn: Das Irrenwesen im Jahre 1916.
[60]) Daselbst, 44. Jahrg., 1920, Nr. 16. Sonderbeilage: Die Krankheitsverhältnisse in der Allgem. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin in den Jahren 1915 bis 1918.
[61]) Martin Vogel, Zur psychologischen Betrachtungsweise der Alkoholfrage. Neutraler Guttempler, 6. Jahrg., 1914, Nr. 3.
[62]) Wagner v. Jauregg, s. Peretti[45]).
[63]) Wassermeyer, Delirium tremens. Eine klinische Studie. Archiv f. Psych., Bd. 44, 1908, S. 860.
[64]) R. Weichbrodt, Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Mon. f. Psych. u. Neurol., Bd. 42, Heft 4, S. 258.
[65]) Wernicke, zit. nach Kremper[29]).
[66]) Viktor Wigert, Die Frequenz des Delirium tremens in Stockholm während des Alkoholverbots August/September 1909. Ein Beitrag zur Frage der Abstinenzdelirien. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 1, 1910, S. 556.
[67]) R. Wollenberg, Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Vortrag in der Straßburger Kriegsärztlichen Vereinigung. Münchener med. Wochenschrift 1914, Nr. 44, Feldbeilage 13.
[68]) Ziertmann, Über die Abnahme der alkoholistischen Geistesstörungen in der Provinz Schlesien während des Krieges. Psych.-neurol. Wochenschrift, 20. Jahrg., Nr. 9/10, vom 8. Juni 1918.
[69]) Die Alkoholfrage. Wissenschaftliche praktische Vierteljahrsschrift. Mäßigkeitsverlag. Berlin-Dahlem.
[70]) Blätter für praktische Trinkerfürsorge. Ebenda. (Beide Zeitschriften enthalten zahlreiche Berichte von Trinkerfürsorgestellen usw.).
[71]) Internat. Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus und Bekämpfung der Trinksitten. Bis Ende 1919 erschienen im Verlag F. Reinhardt (Basel). Seitdem vorläufig eingestellt.

Volksgesundheit und Filmgesetzgebung.

Von Dr. W. Schweisheimer in München.

Eine der letzten Taten der vergangenen Nationalversammlung bildete die Verabschiedung des Gesetzes „über die Prüfung von Bildstreifen für Lichtspiele“, des Filmgesetzes. Es ist von Interesse, die Verhandlungen des für die Einzelberatungen eingesetzten Ausschusses der Nationalversammlung an Hand des inzwischen erschienenen Berichtes zu verfolgen, und die Gesichtspunkte kennen zu lernen, die zu Abänderungen an dem ursprünglichen Gesetzentwurf geführt haben.

Auffallenderweise ist in dem ganzen, 56 Seiten starken Bericht der Frage der Volksgesundheit und sozialen Hygiene so gut wir gar nicht Erwähnung getan. An einigen Stellen findet sich eine Verurteilung des Films „Anders als die Andern“, der sich mit dem Thema des § 175 des Strafgesetzbuches beschäftigt, auch ein kurzer Hinweis auf den unter dem Protektorat der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erschienenen ersten Teil des Films „Es werde Licht!“ ist gegeben. Von diesen Kleinigkeiten abgesehen, sind nirgends irgendwelche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesundheitliche Gesichtspunkte in den Vordergrund der Beratung gerückt, wie auch ärztliche Sachverständige bei den Beratungen anscheinend nicht zugegen gewesen sind.

Dieser Mangel bei der Beratung einer so wichtigen Frage ist verwunderlich und zu bedauern. Auf solche Weise wird bewiesen, daß noch nicht überall, wo es nötig wäre, das richtige Verständnis für die gesundheitliche Bedeutung der Filmfrage besteht. Die pädagogische Seite wird bei derartigen Beratungen meist in ausgiebiger Weise berücksichtigt, in gleicher Masse wie die kirchliche, allgemein-sittliche, politische und nationale Seite. Lediglich die Folgen der Filmvorführungen auf die Volksgesundheit finden nicht die gebührende Berücksichtigung.

Und doch sind diese so außerordentlich wichtig! Wie kaum ein zweites Anschauungsmittel wirkt der Film, die belebte bildliche Darstellung von Vorgängen und Ereignissen, auf Gemüt und Verstand der Massen ein, wie bei keinem anderen prägt sich bildhaft eindringliche Gestaltung nahezu unverwischbar ins Gedächtnis. Aus plastischem Leben genommen, übt der Film bezwingende Wirkung auf den lernenden, suchenden Geist aus. Das gilt im Guten wie im Bösen. Die Volksbelehrungsfilme über gesundheitliche und hygienische Stoffe vermögen bei verantwortungsbewußter, auf Wahrhaftigkeit und Gewissenhaftigkeit aufgebauter Ausführung mindestens ebenso großen Nutzen zu stiften als alle geschriebenen und gesprochenen Lehren, bei sensationslüsterner, geschäftsbedachter, kritikloser Aufmachung dagegen unberechenbaren Schaden zu verursachen. Es sei nur an die zurzeit zum Glück überwundene Epoche der sexuellen Animierfilme, zu Unrecht „Aufklärungsfilme" genannt, erinnert. Was da unter dem Deckmantel falscher Wissenschaftlichkeit dargeboten wurde, aufgetakelt und aufgerüstet mit pseudohygienischen Tendenzen, war in Wirklichkeit nur eine Spekulation auf gröbste Instinkte. Als direkte Folge ergab sich Förderung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs, der wahllosen Promiskuität der Geschlechter, und damit in zweiter Folge Zunahme der übertragbaren Geschlechtskrankheiten. Derartigen Filmen wurde durch die vereinten Bemühungen aller sozialhygienisch denkenden Kreise verhältnismäßig rasch und energisch der Garaus gemacht; die beste Unterstützung gab dabei der anständige Teil des kinobesuchenden Publikums. An diesem einen Falle ist besonders klar hervorgetreten, wohin gewissenlose Ausschlachtung hygienischer Themen führen kann, und hier hat sich auch die Notwendigkeit hygienischer Beratung, erforderlichenfalls des Einspruches aus Gründen der Volksgesundheit, deutlich erwiesen. Denn nicht immer ist es so, wie in dem geschilderten Beispiel, daß hygienische Bedenken mit sittlichen und pädagogischen Abwehrbestrebungen Hand in Hand gehen, sondern zuweilen laufen sie ganz unabhängig voneinander, und hier gilt es der hygienischen Seite Nachdruck zu verleihen. Bei der Beratung der Filmgesetzgebung, bei Filmzensur und bei der Anlage von Volksbelehrungsfilmen ist die Zuziehung sozialärztlicher Sachverständiger und Begutachter unerläßlich.

Nicht weniger wichtig ist die positive Seite der hygienischen Filmberatung, und ihrer muß Erwähnung getan werden, wenn es auch augenblicklich mancherorts gerade modern ist, den Film grundsätzlich in Grund und Boden zu verdammen. Der Arzt und Sozialhygieniker, der erkennt, daß ohne Mitarbeit des gesamten Volkes eine energische Bekämpfung großer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Volkskrankheiten nicht möglich ist, muß darauf bedacht sein, jede Gelegenheit zu benutzen, die sich zur Aufklärung und Belehrung des Volkes über allgemeine gesundheitliche Fragen darbietet. Nur so wird er dem erstrebten Ziel, der Besserung der Volksgesundheit, näherkommen. Die praktische Probe auf das Exempel der hygienischen Filmbelehrung ist bereits gemacht: zahlreiche sozialhygienisch bedeutsame Filme haben ihre Wirkung getan. Das Interesse für derartige Vorführungen ist überall groß; zur Erzielung dauernden Nutzens ist es nur nötig, das inhaltlich Gleiche, in völlig geänderter Form, unermüdlich immer wieder und wieder zu lehren. Außer der Geschlechtskrankheitenbekämpfung, dem Hauptgebiet der hygienischen Volksbelehrungsfilme, ist der Film ein geeignetes Werkzeug für Fragen der Tuberkulosebekämpfung, der Popularisierung der Schutzimpfung, für Fragen der Kriegs- und Unfallbeschädigtenfürsorge, Bekämpfung von Alkoholmißbrauch und Kurpfuscherei, für gesundheitliche Forderungen und Notwendigkeiten des Alltags, gesundheitliche Ertüchtigung durch Sport, Turnen und Spiel, Aufklärung über hygienische Anstalten und Anlagen in Stadt und Land.

Trotz allem, was schon geleistet wurde, ist auf diesem Gebiet gesundheitlicher Fürsorge erst der Anfang gemacht. Der weitere Ausbau der hygienisch belehrenden Filme ist ein wichtiges Problem für die Hebung der Volksgesundheit. So ist zu fordern, daß die Volksbelehrungsfilme bei allen Stellen, die sich mit sozialhygienischen Fragen zu befassen haben, weitestgehende Beachtung finden. Die grundlegende Voraussetzung für ein erfolgreiches Arbeiten ist, worauf an anderer Stelle[1]) schon früher hingewiesen wurde, die Art der Zusammensetzung der begutachtenden Zentral- und Zensurstelle. Filmfachleute verschiedener Sparte und sozialhygienisch erfahrene Ärzte müssen die Grundlage bilden, denen sich zweckmäßig Vertreter der Regierung und Gesundheitspolizei anschließen. Bei der schließlichen Begutachtung an der Zentralstelle muß dem Gutachten des Sozialhygienikers und Arztes ausschlaggebende Bedeutung zukommen. War das Zusammenarbeiten zwischen dem beratenden Arzt und dem Filmfachmann bei der Filmherstellung ein richtiges, so kann bei der schließlichen Entscheidung kaum eine Änderung notwendig werden.

Insbesondere darf auch nicht bei der Schaffung neuer zeitgemäßer Filmgesetze Zuziehung sachverständiger hygienischer Berater versäumt werden, die in warnendem und gleichzeitig ermunterndem Sinne auf Schäden und Nutzen des Films aufmerksam machen. Bei allen derartigen Gesetzen, mögen sie auch in erster Linie materiellen und wirtschaftlichen Anregungen ihre Entstehung verdanken, ist heute der Einfluß auf die Volksgesundheit mit in erster Linie in Erwägung zu ziehen: in Besserung und Aufschwung der durch den Krieg und seine Folgen gebrochenen Volksgesundheit ist das entscheidende Problem für die deutsche Zukunft gelegen.

[1]) Schweisheimer, Die Bedeutung des Films für soziale Hygiene und Medizin. München, G. Müller, 1920.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisstellen für Hauspflegerinnen.

Von Stadtrat H. v. Frankenberg in Braunschweig.

Die Kosten der Anstaltspflege sind seit einigen Jahren so erheblich gestiegen, daß in vielen Kreisen das Bestreben nach dem Verbleiben in der eigenen Wohnung bei Pflegebedürftigkeit sehr stark hervortritt. Nimmt man die bei manchen Anstalten ständig drohende Überfüllung, das Vorurteil einer großen Zahl von Leuten gegen Krankenhäuser und das begreifliche Verlangen der Hausfrauen hinzu, innerhalb ihrer Familie zu bleiben und selbst vom Krankenbett aus nach dem Rechten zu sehen, so ist es begreiflich, wenn man die Einrichtungen zu vervollkommnen sucht, die bei häuslicher Pflege nötig oder dringend wünschenswert sind, um dem Pflegling selber und seiner Umgebung Gefahren und Schädigungen möglichst fern zu halten.

Dazu gehören sowohl sachliche Maßregeln und Vorkehrungen (z. B. die Bereitstellung der erforderlichen Ausrüstungsgegenstände für Wochenstuben durch leihweise Überlassung im Wege der sogenannten „Wanderhilfe", die Lieferung von Bettstücken, Arznei, Stärkungsmitteln usw.) wie auch persönliche, pflegerische Hilfe durch geeignete Kräfte. Die Stadt- und Landgemeinden, die Kreise, die kirchlichen Organe und Anstalten, Vereine und Stiftungen, berufliche, religiöse und sonstige Körperschaften, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten sind bemüht, entweder durch eigene Helferinnen (Schwestern, Pflegerinnen, Fürsorgerinnen u. a. m.) oder durch Vereinbarungen mit Mutterhäusern, Ordensgemeinschaften, Genossenschaften oder Einzelpersonen die Gewährung der Pflege im Bedarfsfalle sicherzustellen. Da der Schwestern- und Pflegerinnenberuf frei und von keiner reichsgesetzlichen Vereinssatzung abhängig ist, so läßt es sich erklären, wenn unabhängig von bestimmten Diakonissen- oder Schwesternhäusern zahlreiche Schwestern und Hauspflegerinnen selbständig ihre Tätigkeit ausüben. Daß sie untereinander oder mit einzelnen Stellen (Ärztevereinigungen, Hauspflegevereine) eine gewisse Fühlung genommen haben, ist in der Hauptsache auf den Selbsterhaltungstrieb und auf das Bestreben nach wirtschaftlich möglichst günstiger Entfaltung der Wirksamkeit zurückzuführen.

Gegenüber dieser Entwickelung, deren Licht- und Schattenseiten deutlich hervortreten, ist das Verlangen nach einer besseren Regelung und einer sachgemäßen Verwertung der tauglichen Persönlichkeiten sehr erklärlich. Ob sich die Reichsgesetzgebung nach verschiedenen früher gemachten vergeblichen Anläufen in absehbarer Zeit entschließen wird, den Ausartungen der „wilden" Schwestern ein Ende zu machen und das Kurpfuschertum zu beseitigen, das oft in gemeinschädlicher Weise damit verbunden ist, muß nach den vorliegenden Erfahrungen bezweifelt werden. Man wird deshalb gut tun, sich auf das alsbald Erreichbare zu beschränken, und dafür zu sorgen, daß tüchtige, zuverlässige Schwestern und Hauspflegerinnen rasch und sicher zur Verfügung stehen, sobald man sie gebraucht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Welche Schritte sind hierzu erforderlich? Verschiedene Wege führen zum Ziele, und wo schon einer von ihnen mit gutem Erfolge eingeschlagen ist, da wird es kaum ratsam sein, jetzt einen Wechsel zu vollziehen und eine andere Art der Arbeitsvermittelung und Bedarfsdeckung zu wählen. Wo aber noch jede Regelung mangelt, da liegt es nahe, die Gemeinde als die berufene Stelle für den Nachweis von Schwestern und Hauspflegerinnen zu bestimmen, da sie vom Standpunkte der Armenpflege, der Gesundheits-, der Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenenfürsorge jedenfalls „die nächste dazu" ist. In den mittleren und größeren Städten scheint auf den ersten Blick der öffentliche Arbeitsnachweis, der fast überall mit weiblicher Unterleitung in der Frauenabteilung ausgebaut ist, die richtige Stelle dafür zu sein. Bedenkt man aber, daß das Verlangen nach pflegerischen Kräften häufig zu einer Tageszeit, in der die Dienststunden des Nachweises beendet sind, oder in der Nacht hervortritt, so spricht vieles für die Angliederung an die stets geöffneten Sanitätswachen, an ein Krankenhaus, eine Apotheke oder an eine fortgesetzt verfügbare andere Meldestelle. Auch die städtischen Wohlfahrts- und Fürsorgeämter kommen für die Vermittelung in Betracht und haben den Vorzug, daß ihnen durch die Fürsorgerinnen, die Wohnungs-, die Schulpflegerinnen und andere Hilfsorgane die häuslichen, gesundheitlichen und Einkommensverhältnisse der beteiligten Familien häufig bereits bekannt sind. Eine einheitliche Hauptmeldestelle ist durchaus erwünscht, damit nicht vergebliche Wege gemacht und kostbare Stunden zum Schaden der Pflegebedürftigen verloren werden. Vielleicht ist es unter günstigen örtlichen Verhältnissen möglich, das Wohlfahrtsamt während seiner Dienststunden mit dieser wichtigen Aufgabe zu betrauen, in der Zwischenzeit aber der Sanitätswache oder einer ähnlichen fortgesetzt verfügbaren Anstalt die Vermittelung zu überlassen. Das Meldeverzeichnis muß dann jedesmal ausgetauscht oder mit Hilfe des Fernsprechers verglichen werden, so daß es sich fortwährend mit dem Bestande von bereiten Kräften deckt.

Die Verantwortung, die durch die Vermittelung übernommen wird, ist nicht gering, und wenn auch nicht gerade an eine Haftung wegen Verschuldens gedacht zu werden braucht, so wird es doch ratsam sein, sich bei dem Nachweis auf solche Schwestern und Hauspflegerinnen zu beschränken, von denen anzunehmen ist, daß sie die nötigen Eigenschaften zur Ausübung des Dienstes besitzen. Ohne den Befähigungsnachweis ist die Maßregel bedenklich. Wie ist hier vorzugehen? Ich glaube nicht, daß es wohlgetan wäre, sich über den sachkundigen Beirat der Ärzte hinwegzusetzen und auf die Verwertung der Beobachtungen zu verzichten, die sie in ihrem Berufe gemacht haben. Deshalb halte ich es für richtig, in den Ausschuß, der die Geschäftsführung dieser Abteilung des Arbeitsnachweises überwacht, einen Arzt (etwa den Stadt- oder Kreisarzt) mit hinein zu nehmen und ihm Gelegenheit zur Beteiligung an der Zulassung oder Ablehnung von Meldungen zu geben. Ebenso werden die Fürsorgeorgane (Wohlfahrtspflegerinnen, Säuglingsfürsorgeschwestern, Waisenräte, Armenpfleger usw.) über die Eigenschaften mancher Hauspflegerin willkommene Auskunft erteilen können, so daß nur die wirklich brauchbaren Persönlichkeiten in Betracht kommen. Selbst in Zeiten geringen Angebots von Kräften darf man nicht unterschiedslos jede Meldung berücksichtigen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenn nicht gegen die ganze Einrichtung des Nachweises schwere Vorwürfe gewärtigt werden sollen. Ob eine förmliche Prüfung, ob die Vorlegung von Zeugnissen oder eine einfache Glaubhaftmachung der Befähigung verlangt werden soll, mag dem pflichtmäßigen Ermessen im Einzelfall überlassen sein.

Will man die Vermittelung pflegerischer Kräfte ganz von behördlicher Leitung loslösen, so ist es denkbar, sie unmittelbar in die Hand des Ärztestandes zu legen, der bei festem Zusammenschluß ohnehin eine Geschäftsstelle zu wirtschaftlichen Zwecken, zu gegenseitiger Vertretung und Aushilfe, zur Erleichterung des Schriftverkehrs mit Behörden u. dgl. besitzt und sie nötigenfalls so aufbauen kann, daß sie auch zur Nachtzeit in Anspruch zu nehmen ist. Unparteiisch und sachgemäß wird auch diese Einrichtung sein, doch hat sie bei allen bestechenden Vorzügen den Nachteil, daß sie nicht in engster Verbindung mit der örtlichen Wohlfahrtspflege und mit den für diese bereitgestellten Geldmitteln arbeitet, sondern regelmäßig erst Verhandlungen führen muß, ehe eine bindende Verpflichtung eingegangen werden kann. Durch allgemeine Vereinbarung, durch Bewilligung einer Verfügungssumme im Jahreshaushaltsplan der Stadt, des Kreises usw. läßt sich dieser Mangel bis zu einem gewissen Grade beseitigen, ohne daß die erstrebte Einheitlichkeit und straffe Zentralisation gefährdet wird.

Der dritte Weg führt über eine berufsmäßige Verständigung der Schwestern und Pflegerinnen, so daß eine von ihnen selbst geschaffene und unterhaltene Hauptmelde- und Nachweisstelle die Vermittelung besorgt. Es leuchtet ein, daß die Wünsche der beteiligten Kräfte, wenigstens soweit sie Einfluß auf die Leitung und Handhabung besitzen, hierbei am meisten zur Geltung gelangen werden, aber gerade hierin liegt auch die Gefahr einer starken Einseitigkeit, so daß auf die Wünsche der Allgemeinheit nicht immer ausreichend Rücksicht genommen wird, und daß einzelne Persönlichkeiten mit ihrem Bekannten- und Freundschaftskreise ausschlaggebendes Gewicht bei der Vermittelung von Stellen erhalten. All die Gründe, die für paritätischen, neutralen Aufbau des Stellennachweises auf anderen Gebieten sprechen, lassen sich auch hier anführen, und unter den geneigten Lesern wird mancher sein, der nach seinen Erfahrungen vor einer Übertragung des Vermittelungsgeschäfts für Pflegerinnenposten an die Nächstbeteiligten selbst warnen möchte. Daß hier oder dort gleichwohl gute Ergebnisse damit erzielt sind, darf wohl als Ausnahme von der Regel betrachtet und auf besonders günstige persönliche und örtliche Verhältnisse zurückgeführt werden, mit denen nicht überall zu rechnen ist.

Die Reichsregierung plant nach Mitteilungen, die Ministerialrat Dr. Weigert am 22. Januar d. J. im Hauptausschuß des Reichstages gemacht hat, den Erlaß eines Arbeitsnachweisgesetzes, das die gesetzgebenden Körperschaften alsbald beschäftigen soll. Hier ist der gegebene Anlaß, um unsere Frage in einer Weise zu ordnen, die den berechtigten Wünschen der im Pflegeberuf stehenden weiblichen Personen entspricht, die aber zugleich dem Verlangen der Gesamtbevölkerung nach einer leicht zugänglichen Stellenvermittelung für Pflegerinnen entspricht. Die Notwendigkeit, auf gesundheitlichem Gebiete die vorhandenen Kräfte richtig zu benutzen und Planwirtschaft im besten Sinne des Wortes zu betreiben, muß dahin führen, das Gehen- und Geschehenlassen, wie es früher vielfach Brauch war, durch ein festes System zu ersetzen. Die Gebührenfrage fällt dabei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewiß nicht entscheidend ins Gewicht; am besten wird es sein, den Nachweis gebührenfrei zu gestalten, einerlei, ob die Stellensuchenden einer Berufsvereinigung angehören oder nicht. Politische oder konfessionelle Zugehörigkeit scheidet dabei aus, es müßte denn sein, daß im Einzelfalle ausdrückliche Wünsche in dieser Richtung geäußert würden. Da von den Hauspflegerinnen viele gerade für die minderbemittelten Familien gebraucht werden (bei Wochenbett, Erkrankung, Kuraufenthalt, gefänglicher Einziehung der Hausfrau), so wäre der Versuch, durch Gebührenerhebung eine nennenswerte Einnahmequelle zu schaffen, voraussichtlich ein Schlag ins Wasser.

Die Notwendigkeit, Wohlfahrtseinrichtungen den ärztlichen Einschlag zu geben, wird mehr und mehr anerkannt. Hier haben wir ein Arbeitsfeld, auf dem der medizinische Beistand außerordentlich wertvoll ist — von ihm hängt die richtige Durchführung in wesentlichen Punkten ab. Deshalb ist die Hoffnung gerechtfertigt, daß die Frage eine Lösung erhält, die den Wünschen des Ärztestandes entgegenkommt und seine freudige, opferwillige Mitarbeit erwarten läßt.

Besprechungen.

M. Mayer (Meisenheim). Landwirtschaftliche Unfallkunde. Berlin, Rich. Schoetz, 1920. Brosch. 16 M.

Aus der Praxis für die Praxis, und zwar aus der 32jährigen Landpraxis des erfahrenen Kreisarztes und Gutachters für den mit den ländlichen Verhältnissen noch unvertrauten Arzt. So schildert der Leitfaden, flüssig wie eine Erzählung vom Anfang bis zum Ende geschrieben, meist an der Hand von Beispielen die verschiedenen Arten der landwirtschaftlichen Unfälle und ihre Differenzierung von Krankheitszuständen, beschreibt die Schwierigkeiten, mit denen der Landarzt, der Eigenart der ländlichen Verhältnisse entsprechend, zu kämpfen hat, flicht — ohne trocken zu werden — die mannigfachsten Bestimmungen und Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ein und behandelt die Aufgaben der Berufsgenossenschaft und die zu ihrer Unterstützung herangezogene Gutachtertätigkeit des Landarztes. Hierbei findet er reichlich Gelegenheit zu praktischen Winken, z. B. für Abfassung des Fundberichtes, Beurteilung von Simulanten, Abschätzung des Erwerbsgrades, ja sogar zuweilen für die Unfalltherapie. Dazu noch 18 sehr instruktive gelungene Abbildungen. — Alles in allem: der junge Arzt gewinnt in dem Leitfaden einen ausgezeichneten Einblick in die Unfallkunde und findet eine Fülle von wissenswerten Aufschlüssen, die er sich sonst nur mühsam im Laufe der Zeit aneignen würde; aber auch der erfahrene Praktiker wird das überaus anregend geschriebene Buch nicht ohne Gewinn zur Seite legen.

Kretschmar (Callenberg i. S.).

Max Hirsch. Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. Stuttgart, Ferd. Enke, 1919.

Bei der großen Bedeutung der Frauenarbeit für die Allgemeinheit ist es zu begrüßen, daß der durch seine sozial-medizinischen Veröffentlichungen aufs beste bekannte Verf. in einer grundlegenden Studie die Berufskrankheiten der Frau einer Besprechung unterzieht. In einzelnen Abschnitten behandelt er die Frauenarbeit als soziales Problem, die Statistik der Frauenarbeit, die allgemeine und spezielle Pathologie der weiblichen Berufskrankheiten, Frauenarbeit und Krieg, um zu dem Schluß zu kommen: Die Überwindung der Erwerbstätigkeit der Frauen in Industrie und Landwirtschaft liegt im Interesse einer gesunden Fortpflanzung des Menschengeschlechts und gesunder Verhältnisse überhaupt. Das Studium des anregend geschriebenen Buches kann sowohl dem Sozialhygieniker wie dem Gynäkologen warm empfohlen werden.

Engelhorn (Jena).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Thiele. Hygiene der Arbeit die Grundlage der Arbeitsrationalisierung. Veröffentl. der sächs. Landesstelle für Gemeinwirtschaft, Heft 8. 16 S. 2 M.

Unser Volkskörper ist zwar durch den Krieg und die Kriegsfolgen schwer geschädigt, aber trotzdem fordert unsere wirtschaftliche Bedrängnis von ihm Arbeit, und zwar Arbeit um jeden Preis. Hygiene der Arbeit ist daher mehr denn je am Platze. Die Grundlagen einer solchen beruhen in der Schonung der Schwäche und in der Übung der Kraft. Im Sinne der ersteren wirken Achtstundentag, Einschränkung der Überstunden mit ihrem unbefriedigenden wirtschaftlichen Ergebnis, möglichste Beseitigung der Nachtarbeit. Auch die Forschungen über den Jahresarbeitsverlauf, über die Ermüdung, die günstigsten Arbeitspausen und die zweckmäßigsten Arbeitsruhezeiten versprechen praktischen Nutzen neben den allgemeinen hygienischen Forderungen hinsichtlich der Ernährung, Beleuchtung, Kleidung und Wohnung. Gegen die unmittelbaren Schädigungen durch Arbeit, die Gewerbekrankheiten, ist der Ausbau der Gewerbeaufsicht geboten mit ihrem ärztlichen Anteil: Arbeiterauslese und dauernde Überwachung des Gesundheitszustandes durch regelmäßige Reihenuntersuchungen. Auch die Krankenkassen sollten mehr als bisher auf die Krankheitsverhütung bedacht sein. Verbesserung der Grundlagen der Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik wird die Erforschung und damit die Verhütung der Gewerbekrankheiten fördern, wobei die ständige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Techniker — wie schon früher Baden, Württemberg und Bayern, hat neuerdings auch Sachsen einen Landesgewerbearzt bestellt — notwendig ist. Kinder, Jugendliche und Frauen sind besonders zu schützen, die Heimarbeit, in ihrer Form als Arbeit der Mütter und Kinder, hygienisch zu erforschen. Da die beste Gelegenheit für die Übung in der Arbeit die Lehrzeit ist, so gewinnt die Erziehung der heranwachsenden Jugend auch in diesem Zusammenhange Bedeutung, wobei Handfertigkeitsunterricht und Willensschulung durch Turnen, Spiel und Sport in den Vordergrund treten. Neben der Schule, die uns „arbeiten" lehren soll, hat die Entwickelung einer Berufskunde, und auf ihr fußend eine Berufsberatung, bei der der Arzt natürlich zu hören ist, die Erkenntnis von der Berufseignung zu fördern.

Gerhard Wagner (Jena).

Prof. Dr. W. Hoffmann (Berlin). Die Infektionskrankheiten und ihre Verhütung. 2. Aufl. 131 S., 12 Abbild., 1 Tafel. Berlin und Leipzig, Verein wissenschaftl. Verleger, 1920. 2,10 M. und 100 Proz.

Das in der Sammlung Göschen erschienene Bändchen soll der Verbreitung von Kenntnissen über Seuchenentstehung und Seuchenverhütung dienen. Es entspricht diesem Zwecke recht gut, da es klare und bestimmte Angaben bringt. Auch die etwas schematisch gehaltenen Abbildungen mögen dem Ziele der Laienbelehrung genügen.

V. Ludwig.

Paul Otto. Technischer Literaturkalender. 2. Aufl. 441 S. München, R. Oldenbourg, 1920. Geb. 40 M. und 20 Proz. Sortimentszuschlag.

Der erstmalig 1918 erschienene Kalender ist in der neuen Auflage durch die Aufnahme von etwa 1000 neuen Namen technischer Schriftsteller vergrößert worden und hat außerdem am Schlusse ein Stichwortsverzeichnis von rund 200 Nummern erhalten, in dem man unter den Stichworten der einzelnen technischen Gebiete die auf ihnen tätigen Schriftsteller aufgeführt findet. Wenn auch naturgemäß von einer gewissen Unvollständigkeit, die erst bei ferneren Auflagen sich bessern kann, indem die nicht aufgeführten Autoren selbst für ihre Aufnahme sorgen, ist der Kalender doch ein wertvolles Hilfsmittel, um sich über Persönlichkeit und Werke technischer, insbesondere auch gesundheitstechnischer Schriftsteller zu unterrichten.

V. Ludwig.

Kleinere Mitteilungen.

„Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege wird seine diesjährige Tagung vom 11. bis 13. September in Nürnberg abhalten. Als einziger Verhandlungsgegenstand ist bestimmt worden: »Deutsche Jugendnot« mit drei Vorträgen, und zwar:

Körperliche Schäden und ihre Heilung.
Seelische Schäden und ihre Heilung.
Die Zukunft unserer Rasse.

Die Hauptversammlung des Jahres 1922 wird in einer Stadt Oberschlesiens abgehalten werden."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SEP 9 1921

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 4
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des vierten Heftes.

Seite

Die Übertragungsart ansteckender Krankheiten im Krankenhause, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Infektionskrankheiten. [Aus der Akademischen Kinderklinik in Düsseldorf.] Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Arthur Schlossmann in Düsseldorf. (Mit 1 Abbildung.) 109

Säuglings- oder Familienfürsorgerin? Zustände in 150 Familien mit in Fürsorge stehenden Säuglingen und Aufgaben der Fürsorgerinnen. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Heidelberg. Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. Hermann Kossel.] Von Dr. med. et phil. E. G. Dresel, Privatdozent für Hygiene 121

Johann Peter Frank. Von Prof. Dr. Abel, Jena 139

Besprechungen:

G. Deycke: Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose (Fürbringer) . 141

Francke und Bachfeld: Die Meldepflicht der Berufskrankheiten (Dr. Frey) 142

Med.-Rat Dr. Josef Graßl: Deutschlands Wiedergeburt (Dr. Frey) . 142

Dr. L. Pohle: Die Wohnungsfrage. Zwei Bändchen. I. Das Wohnungswesen in der modernen Stadt. II. Die städtische Wohnungs- und Bodenpolitik (Sauerteig) 143

C. Dorno: Klimatologie im Dienste der Medizin (Abel) 144

v. Noorden und Salomon: Handbuch der Ernährungslehre (Abel) 144

M. Fürst: Die gesunde Wohnung und ihre sachgemäße Benutzung (Abel) 144

Wilhelmi: Die Kriebelmückenplage (Hobstetter) 144

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1921. Heft 4.

[Aus der Akademischen Kinderklinik in Düsseldorf.]

Die Übertragungsart ansteckender Krankheiten im Krankenhause,

zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Infektionskrankheiten.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Arthur Schlossmann in Düsseldorf.

(Mit einer Abbildung.)

Vom theoretischen wie vom praktischen Standpunkte aus gleich bedeutungsvoll ist die Frage der Übertragung ansteckender Krankheiten im Krankenhause. „Zur Vermehrung der Sterblichkeit in Städten tragen auch die vielen Hospitäler, Kranken- und Waisenhäuser vieles bei. Wie viele Menschen verliert der Staat durch die Wohltaten, die übel verwaltet werden", so heißt es bei Süssmilch in seiner „Göttlichen Ordnung" [1]), und niemand wird leugnen, daß eine wesentliche Gefährdung unserer klinischen Patienten in dem Umstande liegt, daß man nicht mit Unrecht über viele Krankenanstalten sagen kann: „on y meurt pas des maladies, qu'on y porte, on y meurt des maladies, qu'on y prend" [2]). Die Gefahr einer Infektion schwebt drohend über dem Bett jedes Kindes, das in einer Anstalt liegt. Freilich steht es im weitesten Maße in unserer Hand, diese Gefährdung zu mildern, sie, praktisch betrachtet, zur Bedeutungslosigkeit werden zu lassen. Denn in meiner Grundauffassung nehme ich eine gewisse Gegensätzlichkeit zu dem von mir sonst so hochverehrten Süssmilch ein. Aber schließlich war er Oberkonsistorialrat und ich bin Arzt. Er schrieb sein Werk in der Mitte des 18. Jahrhunderts und wir leben heute im Jahre 1921, und innerhalb dieser Zeit haben wir zweifellos einiges dazu gelernt. So betrachte ich die Vermehrung der Sterblichkeit durch Krankenhäuser durchaus nicht als den Ausfluß einer göttlichen Ordnung, sondern vielmehr als die Folgeerscheinung menschlicher Unordnung. Während man eine göttliche Ordnung der Dinge ergebungsvoll hinnehmen muß und ihr machtlos gegenübersteht, können wir menschliche Unvollkommenheit bessern. Darum halte ich die Prognose für die Beseitigung der Gefahren, die sich aus Infektionen im Krankenhause ergeben, für ungleich günstiger, als sie Süssmilch erscheinen mußte. Der Leiter eines Kinderkrankenhauses ist verantwortlich für das Leben jedes Kindes, das vertrauensvoll aus der häuslichen

[1]) Bd. 1, Kap. 3, § 51 der 2. Aufl., erschienen Berlin 1761. Auf dieses Werk kann gar nicht nachdrücklich genug hingewiesen werden. Mit bewundernswerter Gelehrsamkeit und ebenso erstaunlichem Fleiße ist hier ein großer Teil des Wissensstoffes gesammelt und verarbeitet, den wir heute unter dem Begriff „Soziale Hygiene" zusammenfassen.

[2]) Archambault.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pflege in die der Anstalt überführt wird. Oft genug versagt unser Wissen und Können, und wir vermögen den unglücklichen Ausgang des Falles nicht zu verhindern. Aber das Kind vor Gefahren schützen, die ihm aus einer Übertragung anderer Krankheiten drohen, das vermögen wir in viel weiterem Maße, als man das heute nach den herrschenden Anschauungen über die Pathogenese der Infektionskrankheiten vielfach annimmt. Seit einer Reihe von Jahren komme ich immer wieder auf diese Frage zu sprechen und versuche durch Erbringen von einwandfreiem Material zu ihrer Lösung beizutragen[1]). Um meine Anschauung kurz klarzulegen, fasse ich sie in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Übertragung ansteckender Krankheiten in Krankenanstalten ist eine durchaus vermeidbare Erscheinung. Die Gefahr, die dadurch den Kranken droht, läßt sich praktisch auf ein Mindestmaß zurückschrauben.
2. Die Übertragung ansteckender Krankheiten erfolgt nicht durch die Luft, sondern in erster Linie durch schmutzige Hände, sodann durch Gebrauchsgegenstände, die ungereinigt von dem einen Kranken an den anderen kommen, oder durch Ausscheidungen der Kranken, die infolge mangelhafter Einrichtungen den Nichtkranken oder Anderskranken erreichen.
3. Die Übertragung ansteckender Krankheiten geht durchaus nicht so leicht vonstatten, als man gemeinhin annimmt. Sie fliegen uns nicht an, sondern das lebende Virus muß Gelegenheit haben, in die Körpersäfte einzudringen.

Wenn wir die beiden ersten der drei von mir hier aufgestellten Sätze zunächst betrachten, so besagen sie nichts, was prinzipiell neu wäre, sondern sie verallgemeinern nur Erfahrungen, die bei gewissen Infektionsübertragungen millionenfältig erprobt und die heute Gemeingut der Heilkunde sind. Wer die Lebensschicksale von Semmelweiss kennt, wer seinen Kampf gegen Vorurteil und Unbelehrbarkeit sich ins Gedächtnis zurückruft, der hat ohne weiteres Verständnis für die Tatsache, daß die Übertragbarkeit ansteckender Krankheiten, in diesem besonderen Falle die Infektion mit Puerperalfieber vermeidbar ist, wenn nur verhindert wird, daß ungenügend gesäuberte Hände oder Gegenstände die Krankheit vom Erkrankten auf den Gesunden verschleppen. Man war aber bis auf Semmelweiss vollständig in der Irrlehre befangen, daß die Luft der Träger der Ansteckung sei. Darum stieß er mit seiner Lehre auf den hartnäckigen Widerstand, den wir kennen. Genau derselbe Vorgang wiederholte sich später, als Lister seine Theorie von der Entstehung der Wundkrankheiten darlegte. Dabei handelte es sich doch schon um einen Vorgang, der mit der Übertragung des Puerperalfiebers außerordentliche Ähnlichkeit

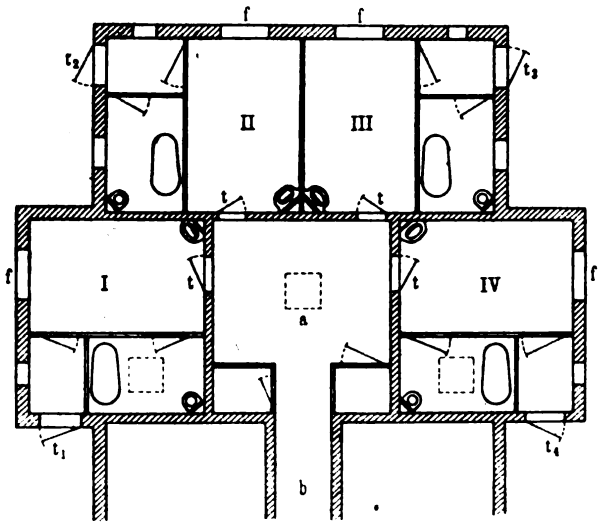
[1]) Siehe z. B. Schlossmann, „Die Verhütung der Übertragung akuter Infektionskrankheiten im Krankenhause". Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung, Bd. 1, Heft 1, S. 17 u. f. „Erfahrungen und Gedanken über Anstaltsbehandlung der Säuglinge." Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. 9, S. 545 u. f. Diskussion zu v. Pirquets Vortrag über die Boxstation der neuen Wiener Kinderklinik auf der Tagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Münster. Verhandlungen dieser Gesellschaft, Bd. 29, 1912, S. 184. Ferner jüngst, „Zur Frage der Übertragbarkeit von Scharlach auf Diphtheriekranke". Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 41, S. 965.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bot. Ein einfacher Analogieschluß hätte eigentlich die Chirurgen darauf bringen müssen, daß zwischen den pathogenetischen Verhältnissen bei der Erkrankung der Wöchnerin und den Wunderkrankungen nach Operationen enge Zusammenhänge bestehen. Aber zu einer Zeit, in der die Lehre von Ignaz Semmelweiss durchaus anerkannt war, tappte die Chirurgie noch im Dunkeln. Nachdem aber einmal hier wie dort das Verständnis für die Art, wie die Schädigung der Patienten zustande kommt, klar erkannt war, sehen wir die Gefahr für diese auf ein Mindestmaß zurückgehen. Die menschliche Hand oder Dinge, die mit Hilfe der menschlichen Hand von Bett zu Bett, von Kranken zu Gesunden wandeln, verursachen die Übertragungen. Die Beseitigung dieser Möglichkeit durch Antisepsis oder durch Asepsis oder nur durch extreme Reinlichkeit läßt die Morbidität und Mortalität nahezu auf den Nullpunkt sinken. Trotzdem wird an der Fiktion festgehalten, daß das, was hier unendlich oft als richtig erwiesen, woran kein Mensch nur den geringsten Zweifel mehr zu äußern sich erlauben wird, für die anderen Infektionskrankheiten nicht gilt. Masern, Scharlach, Variola, Varizellen und zahlreiche andere Krankheiten werden im Glauben vieler Ärzte heute noch auf dem Luftwege propagiert. Zahlreiche Scheinbeweise werden für diese Übertragungsart angeführt, obschon deren geringe Stichhaltigkeit sich oft genug auf den ersten Blick ergibt. Ja, wenn die Unmöglichkeit, eine dauernde Infektionsquelle aufzufinden oder zu verstopfen, einmal vorliegt, da greift man auch bei denjenigen Krankheiten zur Übertragung durch die Luft, von denen dies sonst nicht angenommen wird. Ich habe vor dem Kriege ein schönes, neues Kinderhospital außerhalb des Deutschen Reiches besucht. Die Mädchen vom 1. bis 14. Lebensjahre erkrankten dort fast ausnahmslos eine gewisse Zeit nach der Aufnahme an Gonorrhöe, und der Kollege, der die Abteilung leitete, ein anerkannter und sonst tüchtiger Kinderarzt, vertrat auf Grund seiner hierbei gemachten Erfahrungen mit Nachdruck die Meinung, diese Infektionen müßten auf dem Luftwege erfolgen. Mit genau derselben souveränen Überlegenheit, mit der man wohl allgemein über diese Ansicht zur Tagesordnung übergehen würde, kann man sich meines Erachtens auch über die pathogenetische Anschauung hinwegsetzen, daß andere Krankheiten auf diesem Wege übertragbar seien. Freilich schwankt die Meinung darüber, für welche Krankheiten eigentlich die Möglichkeit der Luftübertragung vorliegt oder nicht. Für die Gonorrhöe wird Luft oder Wind als maßgeblicher Faktor für das Zustandekommen einer neuen Erkrankung allgemein abgelehnt. Der von mir erwähnte Kollege dürfte ziemlich isoliert dastehen. Denn wir wissen, wo eine Gonorrhöe neu entsteht, ist ein anderer Gonorrhöiker als Infektionsherd in der Nähe oder in der Nähe gewesen. Aber für Variola und Varizellen, ja sogar für Masern und andere Krankheiten mehr spielt die Luftübertragung auch heute noch eine große Rolle in den ärztlichen Anschauungen. Selbst für diese Krankheiten lehne ich diesen Infektionsmodus vollständig ab. Legt man die Kranken so weit auseinander, daß sie sich nicht berühren können, daß ihre Ausscheidungsprodukte auch beim Husten, Niesen, Erbrechen usw. die anderen Mitbewohner des Raumes nicht treffen können, vermeidet es der Arzt und die Pflegerin, direkt oder indirekt infektiöses Material von einem Bett zum anderen zu übertragen, so kommt eine An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

steckung auch nicht zustande[1]). Dann sinken die Krankenhausinfektionen, wie ich schon sagte, bis zum Nullpunkt. Läßt man aber die Vorsichtsmaßregeln aus dem Auge, die ich eben erwähnt habe, ist das ärztliche oder pflegerische Gewissen nach dieser Richtung nicht genügend geweckt, hat man es mit einer unvernünftigen Verwaltung in den Anstalten zu tun, die sich über wohlerwogene ärztliche Vorschriften hinwegsetzt oder in solchen Fragen von einem bequemen, aber unwissenden „Sachverständigen" beraten wird, so werden Übertragungen im Krankenhause vorkommen, auch wenn die schönsten Isoliermöglichkeiten vorhanden sind. Als ich meine Ansichten über diese Dinge seinerzeit in Münster vortrug und meine Meinung durch Beobachtungen von Freund[2]) durchaus gestützt wurde, erhob sich starker Widerspruch, und mancher Redner glaubte sogar, schon Meinungsäußerungen dieser Art als direkt gefährlich bezeichnen zu sollen. Auf meine Anregung, einmal über diejenigen Infektionen zu sprechen, die sich bei dem jetzigen „bewährten" System ergeben hätten, hat freilich niemand reagiert. Wissen wir doch, daß in vielen Krankenhäusern, in denen es ganz einwandfreie Isolierabteilungen gibt, die Krankheitsübertragungen an der Tagesordnung sind.



a Oberlichtmittelraum.
b Korridor, der nach dem Haupteingang des Pavillons führt. Zu beiden Seiten die Nebenräume.
I, II, III, IV je ein Krankenraum mit anschließendem Bad und Abort, sowie Nebenraum, aus dem man durch die Türen t_1, t_2, t_3, t_4 ins Freie kommt.
f Fenster in den Krankenräumen.
t Türen aus dem Oberlichtmittelraum in die Krankenräume.

Allerdings muß zugegeben werden, daß die Erfahrungen, die v. Pirquet in der Boxstation der neuen Wiener Kinderklinik gemacht hatte und vortrug, meiner Ansicht nach durchaus unbefriedigende waren. Im ganzen wurden in der Berichtszeit 125 Patienten mit den verschiedenartigsten Infektionen aufgenommen. Dabei waren 11 Hausinfektionen erfolgt, und zwar wurde dreimal Scharlach, viermal Masern und viermal Varizellen übertragen. Den Grund für die stattgehabte Krankheitsverschleppung sieht v. Pirquet ganz mit Recht in der Unvorsichtigkeit bei der Pflege, insbesondere im ungenügenden Waschen der Hände. Das Haften der Infektionsträger am Raume, ebenfalls eine sonst sehr beliebte Erklärung für unliebsame Erkrankungsfälle, lehnt v. Pirquet als Ursache der stattgehabten Erkrankungen ab. Die Einrichtung in Wien

[1]) Cave: die Bazillenträger und unerkannten Leichtkranken unter Ärzten und Schwestern usw., die auch bei der Übertragung des Scharlachs eine verhängnisvolle Rolle spielen.

[2]) Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde 1912.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schließt dabei das Entstehen von Zugluft aus, indem je sechs Boxen nur eine Tür, und zwar nach einem gemeinsamen Korridor haben. Die Glastüren, die von den Boxen in den Korridor führen, hat v. Pirquet aushängen lassen, weil sie doch immer offen bleiben müßten, damit das Rufen oder Schreien der Kinder gehört wird.

Ich habe diese Einzelheiten besonders hervorgehoben, weil bei uns die dem Boxbau Escherichs entsprechende Beobachtungsstation baulich anders eingerichtet ist und damit ganz andere Durchzugsverhältnisse bietet. Am Ende eines längeren Ganges (s. Abbild.), der die für diese Abteilung nötigen Nebenräume zu beiden Seiten liegen hat, ist ein viereckiger Raum mit Oberlicht angebaut, an den vier Sonderabteilungen stoßen und mit ihren Türen einmünden. Zwei dieser Sonderabteile liegen frontal, je eins rechts und links. Die linker Hand gelegene Abteilung ist als Nr. I bezeichnet, dann kommen frontal Nr. II und III und rechter Hand Nr. IV. Jede der Abteilungen besteht aus einem Zimmer, in das eine Tür von dem gemeinsamen Oberlichtraum führt. Neben dem eigentlichen Krankenzimmer, und von diesem aus zugängig, liegt ein Baderaum mit Abort und ein kleiner Vorraum, der wiederum einen Ausgang ins Freie hat. Durch Schließen der Tür nach dem Oberlichtraum kann man jedes der Abteile in eine völlig isolierte Station verwandeln, die nur von außen, d. h. vom Garten aus zu betreten ist. Im allgemeinen aber findet der Verkehr nach den vier Abteilungen von dem gemeinsamen Oberlichtraume aus statt. Eine Schwester bedient von hier aus alle vier Abteilungen, oder, wenn die Belegung es erfordert und ihr Hilfe beigegeben wird, so leitet sie von da aus die ganze Pflege. Auch nachts werden die vier Abteilungen von ein und derselben Schwester versorgt; damit diese hören kann, wenn ein Kind sich regt, so bleiben nachts regelmäßig die Türen zu den vier Abteilungen, soweit sie belegt sind, offen. Für die Ventilation ergeben sich damit ganz andere Möglichkeiten als in Wien. Die Tür zu I liegt gerade gegenüber der Tür zu IV. Diesen Türen gegenüber liegt das Fenster von I und das Fenster von IV. Man stelle sich nun eine schöne Sommernacht vor. Die Oberlichter im viereckigen Mittelraum sind geöffnet, ebenso die Fenster oder die Oberfenster in Zimmer I und IV und die Türen von I und IV nach dem Mittelraum. Auf diese Weise ist die Vorbedingung für eine außerordentlich starke Luftbewegung gegeben, die je nach der Windrichtung direkt von I nach IV oder von IV nach I statthaben wird. Aber damit nicht genug. Auch die Türen nach II und III sind offen, und diesen gegenüber sind wiederum Fenster, die ebenfalls aufstehen. Um das Ganze zu krönen, ist auch die Tür offen, die von dem Mittelraum nach dem Korridor führt, und wiederum dieser Tür gegenüber befindet sich die Haustür, die ins Freie mündet. Wenn also nachts der Arzt auf diese Station kommt und die Korridortür öffnet, so entsteht eine erneute starke Luftbewegung durch den Korridor, den Mittelraum und die Zimmer II und III, deren Fenster ja beinahe gegenüber der Haustür liegen. Wenn man überhaupt den Begriff „Zug“ kennt und anerkennt, so herrscht dieser sicher dauernd in diesem Bau. Die vorzüglichen Ergebnisse, die wir mit der Behandlung der verschiedenartigsten Infektionen in diesem Hause gehabt haben, und das absolute Verschontbleiben von Übertragungen, schiebe ich wesentlich mit auf diese guten Durchlüftungsverhältnisse, denn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle, aus der ersichtlich, wie die vier Zimmer I, II, III, IV (s. Abbildung auf S. 112), die in dauernder Luft- und Personenkommunikation standen, während des Jahres 1919 belegt waren. Es kann daraus für jeden Tag festgestellt werden, was für verschiedenartige Infektionskrankheiten von einer Schwester versorgt wurden, und ersehen werden, daß trotz starken Luftzuges aus dem einen ins andere Zimmer keine Krankheitsübertragung erfolgt ist.

	Zimmer I	Zimmer II	Zimmer III	Zimmer IV
Januar				
1.	Varizellen	—	Masern	Masern
2.	„	—	„	„
3.	„	—	„	„
4.	„ verl. [1]	—	„	„
5.	—	—	„ verl.	„
6.	Gonorrhöe	—	—	„ verl.
7.	„	—	—	—
8.	„	—	—	—
9.	„	—	Masern-verdacht	—
10.	„	—	„	Varizellen
11.	„	—	„	„
12.	„	—	„	„
13.	„	—	„	„
14.	„	—	„	„
15.	„	—	„	„
16.	„	—	„	„
17.	„	—	„	„
18.	„	—	„	„
19.	„	—	„	„
20.	„	—	„	„
21.	„	—	„	„
22.	„	—	„	„
23.	„	—	„	„
24.	„	Keuchhusten u. Varizellen	„	„
25.	„	„	„	„
26.	„	„	„	„
27.	„	„	„	„
28.	„	„	„	„
29.	„	„	„	„
30.	„	„	„	„
31.	„	„	„ entl.	„
Februar				
1.	„	„	—	„
2.	„	„	—	„
3.	„	„	Rose	„
4.	„	„	„	„
5.	„	„	„	„
6.	„	„	„	„
7.	„	„	„	„
8.	„	„	„	„
9.	„	„	„	„
10.	„	„	„	„
11.	„	„	„	„
12.	„	„	„	„
13.	„	„	„	„
14.	„	„	„	„
15.	„	„	„	„
16.	„	„	„	„
17.	„	„	„	„
18.	„	„	„ entl.	„
19.	„	„ entl.	—	„
20.	„	—	—	„
21.	„	—	—	„
22.	„	—	—	„
23.	„	—	—	„
24.	„	—	—	„
25.	„	Masern-verdacht	—	„
26.	„ entl. [2]	„	—	„
27.	— [3]	„	—	„
28.	—	„	—	„
März				
1.	—	„	—	„
2.	—	„	—	„
3.	—	„	—	„ entl.
4.	—	„	—	—
5.	—	„	—	Varizellen u. Keuchhusten
6.	Ruhrverdacht	„	—	„

	Zimmer I	Zimmer II	Zimmer III	Zimmer IV
März				
7.	Ruhr-verdacht	Masern-verdacht	—	Varizellen u. Keuchhuste
8.	„	„	—	„
9.	„	„	—	„
10.	„ entl.	„	—	„
11.	—	„	—	„
12.	—	„	—	„
13.	—	„	—	„
14.	—	„	—	„
15.	—	„ entl.	—	„
16.	—	—	Keuchhusten u. Varizellen	„
17.	—	—	„	„
18.	—	—	„	„
19.	—	—	„ verl.	„
20.	—	—	—	„
21.	—	—	Masern-verdacht	„
22.	—	—	—	„
23.	—	—	„	„
24.	—	—	„	„
25.	—	Scharlach-verdacht	„	„
26.	—	„	„	„
27.	—	„	„	„
28.	—	„	„	„
29.	—	„	„	„
30.	—	„	„	„
31.	—	„	„ entl.	„
April				
1.	Ruhr	„	—	„
2.	„	„	—	„
3.	„	„	—	„
4.	„ entl.	„	—	„
5.	—	„	—	„
6.	—	„	—	„
7.	—	„	—	„
8.	—	„	—	„
9.	—	„ entl.	—	„
10.	—	—	—	„
11.	—	Ruhr	—	„
12.	—	„	—	„
13.	—	„	—	„
14.	—	„ verl.	—	„
15.	—	—	—	„
16.	—	—	—	„
17.	—	—	—	„
18.	—	—	—	„
19.	—	—	—	„
20.	—	—	—	„
21.	—	—	—	„
22.	—	—	—	„
23.	—	Varizellen	—	„
24.	—	„	—	„
25.	—	„	—	„
26.	—	„	—	„
27.	—	„	—	„
28.	—	„	—	„
29.	—	„	—	„
30.	—	„	—	„
Mai				
1.	—	„	—	„
2.	—	„	—	„
3.	—	„	—	„
4.	—	„	—	„
5.	—	„	—	„
6.	—	„	Masern-verdacht	„
7.	—	„	„	„
8.	—	„	„	„
9.	—	„	„	„

[1]) verl. = verlegt. — [2]) entl. = entlassen. — [3]) — = Zimmer ist unbelegt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Zimmer I	Zimmer II	Zimmer III	Zimmer IV
Mai				
10.	—	Varizellen	Masern-verdacht	Keuchhusten u. Varizellen
11.	—	„	„	„
12.	—	„	„ entl.	„
13.	—	„	—	„
14.	Scharlach-verdacht	„ entl.	—	„
15.	„	Mumps	—	„ entl.
16.	„	„	—	—
17.	„	„	—	—
18.	„	„	—	—
19.	„	„	—	Masern-verdacht
20.	„ entl.	„	—	„
21.	—	„	—	„
22.	—	„	—	„
23.	—	„	—	„
24.	—	„	—	„
25.	—	„	—	„ entl.
26.	—	„	—	—
27.	—	„ entl.	—	—
28.	—	—	—	Ruhrverdacht
29.	—	—	—	„
30.	—	—	—	„
31.	—	—	—	„ verl.
Juni				
1.	Varizellen	—	—	—
2.	„	—	—	—
3.	„	—	—	—
4.	„	—	—	—
5.	„	—	—	—
6.	„	Scharlach-verdacht	—	—
7.	„	„	—	—
8.	„	„	—	—
9.	„	„	—	—
10.	„	„	—	—
11.	„	„	—	—
12.	„	„	—	Masern-verdacht
13.	„	„	—	„
14.	„	„	—	„
15.	„	„	—	„
16.	„	„	—	„
17.	„	„	—	„
18.	„	„	—	„ entl.
19.	„	„	—	Scharlach
20.	„	„	—	„
21.	„	„	—	„
22.	„	„	—	„
23.	„	„	—	„
24.	„	„	—	„
25.	„	„	—	„
26.	„	„ entl.	—	„
27.	„	Varizellen	—	„
28.	„	„	—	„
29.	„	„	—	„
30.	„	„	—	„
Juli				
1.	—	„	Masern-verdacht u. Varizellen	„
2.	—	„	„	„
3.	—	„	„	„
4.	—	„	„	„
5.	—	„	„	„
6.	—	„	„	„
7.	—	„	„	„
8.	—	„	„	„
9.	—	„	„	„
10.	—	„	„	„
11.	—	„	„	„
12.	—	„	„	„
13.	—	„	„	„
14.	—	„	„	„
15.	—	„	„	„
16.	—	„	„	„
17.	—	„	„	„
18.	—	„	„	„
19.	Ruhr	„	„	„
20.	„	„	„	„
21.	„	„	„	„
22.	„ verl.	„	„	„
23.	—	„ entl.	„	„

	Zimmer I	Zimmer II	Zimmer III	Zimmer IV
Juli				
24.	Pocken-verdacht	Varizellen	Masernverd. u. Varizellen	Scharlach
25.	„	„	„	„
26.	„	„	„	„ entl.
27.	„ verl.	„	„ entl.	—
28.	—	„	Varizellen	—
29.	—	„	„ verl.	—
30.	—	„	—	—
31.	—	„ entl.	—	—
August				
1.	—	—	—	—
2.	—	—	—	—
3.	—	—	—	—
4.	—	—	—	—
5.	—	—	—	—
6.	Diphtherie	Röteln	—	—
7.	„	„	Masern	—
8.	„	„	„	—
9.	„	„	„	—
10.	„	„	„	—
11.	„	„	„	—
12.	„	„	„	—
13.	„	„	„	—
14.	„ entl.	„	„	—
15.	—	„	„	—
16.	Pocken-verdacht	„	„	—
17.	„	„	„	—
18.	„	„	„	—
19.	„	„	„	—
20.	„	„	„	—
21.	„	„	„	—
22.	„	„	„	—
23.	„	„	„ entl.	—
24.	„ entl.	„	„	—
25.	—	„	„	—
26.	—	„	—	—
27.	—	„	—	—
28.	—	„	Masern-verdacht	Masern
29.	—	„	„	„
30.	—	„	„	„
31.	—	„	„ entl.	„
Sept.				
1.	—	„	—	„
2.	—	„	—	„
3.	—	„	Varizellen	„
4.	—	„	„	„
5.	—	„	„	„
6.	—	„	„	„
7.	—	„	„	„
8.	—	„	„	„
9.	—	„	„	„ entl.
10.	—	„	„	—
11.	—	„	„	—
12.	—	„	„	—
13.	—	„	„	—
14.	—	„	„	—
15.	—	„	„	—
16.	—	„	„	—
17.	—	„	„	—
18.	—	„	„	—
19.	—	„	„	—
20.	—	„	„	—
21.	—	„	„	—
22.	—	„	„	—
23.	—	„	„	Erysipel
24.	Scharlach-verdacht	„	„	„
25.	„	„ entl.	„	„
26.	„	—	„ entl.	„
27.	„	—	—	„
28.	„	—	—	„
29.	„	—	—	„
30.	„ entl.	—	—	„ entl.
Okt.				
1.	—	—	—	—
2.	—	—	—	—
3.	—	—	—	—
4.	—	—	—	—
5.	—	—	—	—
6.	—	—	—	—
7.	—	—	—	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Zimmer I	Zimmer II	Zimmer III	Zimmer IV		Zimmer I	Zimmer II	Zimmer III	Zimmer IV
Okt.					Nov.				
8.	—	—	—	—	19.	—	Masern	—	Masern-verdacht
9.	—	—	—	—					
10.	—	—	—	—	20.	—	„ entl.	—	„
11.	—	—	—	Diphtherie-verdacht	21.	—	—	—	„
					22.	—	—	Mumps	„
12.	—	Varizellen	—	„	23.	—	—	„	„
13.	Scharlach	„	—	„	24.	—	—	„	„
14.	„	„	—	„	25.	—	—	„	„ entl.
15.	„	„	—	„	26.	—	—	„	—
16.	„	„	—	„	27.	—	—	„	Varizellen
17.	„	„	—	„	28.	—	—	„	„
18.	„	„	Scharlach-verdacht	„	29.	—	—	„	„
					30.	—	—	„ entl.	„
19.	„	„	„	„					
20.	„	„	„	„					
21.	„	„	„	„	Dez.				
22.	„	„	„	„	1.	—	Varizellen	—	Diphtherie u. Scharlach-verdacht
23.	„	„	„	„					
24.	„	„	„	„					
25.	„	„	—	„	2.	—	„	—	„
26.	„ verl.	„	—	„	3.	—	„	—	„
27.	—	„	—	„	4.	—	„	—	„
28.	—	„	—	„	5.	—	„	—	„
29.	—	„	—	„	6.	—	„	—	„
30.	—	„	Masern-verdacht	„	7.	—	„	—	„
					8.	—	„	—	„
31.	—	„	„	„	9.	—	„	—	„
					10.	—	„	—	„ entl.
Nov.					11.	—	„	—	—
1.	—	„	„	„	12.	—	„	—	Varizellen-verdacht
					13.	—	„	—	„
2.	Scharlach-verdacht	„	„	„	14.	—	„	—	„
					15.	—	„	—	„
3.	„	„ entl.	„	„ entl.	16.	—	„	—	„
4.	„	—	„	Ruhr	17.	—	„	—	„
5.	„	—	„	„	18.	—	„	Diphtherie	„
6.	„	Masern	„	„ verl.	19.	—	„	„	„
7.	„	„	„	—	20.	—	„	„	„
8.	„	„	„	—	21.	—	„	„	„
9.	„	„	„	—	22.	—	„	„	„
10.	„	„	„	—	23.	—	„	„	„
11.	„	„	„	—	24.	—	„	„	„
12.	„	„	„	—	25.	—	„	„	„
13.	„	„	„	Masern-verdacht	26.	—	„	„	„
					27.	—	„	„	„ entl.
14.	„	„	„ entl.	„	28.	—	„	„	—
15.	„	„	—	„	29.	—	„	„ verl.	—
16.	„	„	—	„	30.	—	„	—	—
17.	„ entl.	„	—	„	31.	—	„ entl.	—	—
18.	—	„	—	„					

auch im Winter sind bei uns die Oberfenster in diesen Krankenzimmern so lange wie möglich und soweit das zur Erzielung einer guten Luft in den Räumen notwendig ist, geöffnet. Nur in einigen ganz wenigen Fällen, auf die ich schon früher in den Beiträgen zur Klinik der Infektionskrankheiten (Bd. 1) eingegangen bin, sind in diesem Bau Übertragungen von Krankheiten aus einer Abteilung in die andere, von einem Zimmer in ein anderes vorgekommen, obschon derselbe Arzt und dieselbe Schwester Behandlung und Pflege besorgen. Seit der Zeit meiner erwähnten Veröffentlichung ist eine neue Übertragung in dieser Abteilung nicht beobachtet worden. Wir haben nun einmal für ein ganzes Jahr die verschiedenen Infektionskrankheiten bezüglich der Ursachen zusammengestellt, wegen deren die Aufnahme in diese vier Zimmer erfolgte (s. Tabelle). Es waren im ganzen 58 Patienten, die im Jahre 1919, dem letzten Jahre, dessen Statistik gerade abgeschlossen vor mir lag, und das wegen der unruhigen Zeiten noch besondere Schwierigkeiten aller Arten bot, in dem in Rede stehenden Bau untergebracht worden (s. Zusammenstellung S. 114 bis 116 und 117).

Also ein buntes Sammelsurium der verschiedensten Infektionen oder wenigstens des Verdachtes auf Infektionen. Dabei werden hier nicht nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3	Fälle	von	Keuchhusten und Varizellen, kombiniert.	1 Fall	von Diphtherie mit Scharlachverdacht.
10	„	„	Varizellen.	1 „	„ Varizellen mit Masernverdacht.
1	Fall	„	Gonorrhöe.		
5	Fälle	„	Masern.	1 „	„ Diphtherieverdacht.
2	„	„	Erysipel.	1 „	„ Varizellenverdacht.
3	„	„	Dysentrie.	2 Fälle	„ Pockenverdacht.
2	„	„	Parotitis epidemica.	7 „	„ Scharlachverdacht.
2	„	„	Scarlatina.	3 „	„ Ruhrverdacht.
2	„	„	Diphtherie.	11 „	„ Masernverdacht.
1	Fall	„	Rubeolen.		

solche Patienten aufgenommen, bei denen persönlich der Verdacht auf eine Infektion vorliegt, sondern auch dann, wenn sie aus einer Umgebung kommen, die es wünschenswert erscheinen läßt, sie nicht mit anderen Kranken zusammenzubringen. Wenn z. B. ein Kind aufgenommen wird aus einem Kinderheim, von dem wir wissen, daß dort vor kurzem Masern gewesen sind, so wird es, wenn es mit einer Angina aufgenommen wird, unter Umständen hier in dem Aufnahmebau isoliert. Aus der vorstehenden Tabelle ist nun zu ersehen, wie jedes Zimmer an jedem Tage des Jahres belegt war. Es ergeben sich dabei die allerverschiedensten Kombinationen und Variationen und damit ungezählte Möglichkeiten der Krankheitsübertragungen. Wie gesagt, ist aber eine solche in keinem einzigen Falle wirklich erfolgt. Ich greife beliebig einige Beispiele heraus. Am 27. Januar liegt in Zimmer I ein kleines Mädchen mit Gonorrhöe, in Zimmer II ein Kind mit Keuchhusten und Varizellen, in Zimmer III ein Kind mit Masernverdacht und in Zimmer IV ein Kind mit Varizellen. Von Zimmer I nach Zimmer IV führt durch die offene Tür ein starker Luftstrom und umgekehrt. Die gleiche Schwester bedient die verschiedenartigen Krankheiten, von einer Übertragung ist nicht die Rede. Am 10. August haben wir in Zimmer I eine Diphtherie, in Zimmer II Rubeolen, in Zimmer III Masern, Zimmer IV ist frei. Am 20. Juli liegt in Zimmer I ein Kind mit Dysentrie, in Zimmer II Varizellen, in Zimmer III Masernverdacht und Varizellen, in Zimmer IV Scharlach usw.

Auf diese Weise beobachten wir nun bald 1½ Jahrzehnt das Nebeneinanderliegen verschiedenartigster Infektionen unter derselben Pflege, ohne daß sich Übertragungen ergeben. Ja, selbst die Varizellen, die als der Typus der leicht übertragbaren Krankheiten gelten und die hier besonders häufig wochenlang liegen, weil wir ja im allgemeinen keine besondere Station für Varizellenkranke aufmachen, erweisen sich als nicht durch den Luftweg übertragbar. Das gleiche gilt von den Masern. Wir haben in Düsseldorf Zeiten, in denen wir nur wenige Fälle von Masern sehen, bis sie sich dann wieder zu anderen Zeiten stark häufen. In den Perioden verminderter Morbidität an Masern benutzen wir unsere Masernstation für andere Zwecke, z. B. zur Unterbringung von Ruhr oder Scharlach, wenn diese gerade gehäuft vorkommen. Dann werden die vereinzelten Fälle oder die ersten sich wieder zeigenden Fälle einer neuen epidemischen Verbreitung von Masern in den Einzelzimmern des Aufnahmehauses untergebracht.

Auch die Masern greifen nicht ohne weiteres von dem einen Kranken auf den anderen über, wenn nicht eine manuelle Hilfe hierbei geleistet wird. Daß der Scharlach schwer übertragbar ist, habe ich kürzlich an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem großen Material aus unserer Diphtherieabteilung erwiesen[1]). In vielen Jahren, besonders in dem letzten Jahre, haben wir niemals eine Übertragung von Scharlach auf ein diphtheriekrankes Kind gesehen. In anderen Jahren kamen sie vereinzelt vor; der Grund dafür lag fast stets klar auf der Hand. Bei einem solchen Zahlenmaterial, wie ich es dort ausführlich vorgelegt habe, kann man uns nicht den Einwand machen, daß ich persönliche Beobachtungen verallgemeinerte, oder daß in unserem neuen Krankenhause die Verhältnisse besonders günstig lägen, oder gar, daß es sich um leichte Epidemien gehandelt hätte. In den 14 Jahren, über die ich dort berichtet habe, waren abwechselnd leichte, schwere und schwerste Epidemien. Auch sind die baulichen Zustände in den Räumen, in denen wir die Scharlachkranken und Diphtheriekranken verpflegen, durchaus nicht besonders günstige; im Gegenteil, man hat immer bei der Kritik der Düsseldorfer Krankenanstalten tadelnd darauf hingewiesen, daß hier Scharlach, Masern und Diphtherie unter einem Dache liegen. Nun leugne ich ja natürlich keineswegs, daß andererorts Übertragungen vorkommen. Diese üblichen Erfahrungen anderer und meine eigenen als junger Arzt und Assistent haben mich ja eben dazu geführt, den wirklichen Ursachen für diese unangenehmen Vorfälle zu Leibe zu gehen, und haben mich gelehrt, wie man sich ihrer erwehrt. Über die dauernde und zuverlässige Vermeidung der Hausinfektionen bei uns kann man aber nicht hinwegsehen. Trotz der Zugluft, trotz Verpflegung der mannigfachsten Kranken unter einem Dache eine Sicherheit in der Vermeidung der Übertragungen, die beinahe an das Ideale heranreicht! Ich glaube, da ist es doch an der Zeit, sich von falschen Begriffen über die Pathogenese der Infektionskrankheiten frei zu machen, die Ursachen für diese Vorkommnisse nicht in Dingen zu suchen, die fernab von der Wirklichkeit liegen. Nicht mehr an die Luft, den Zug und den Wind glauben, sondern vor der brutalen Macht der Zahlen sich beugen und zu anderen Grundanschauungen übergehen, die vielleicht etwas unbequemer, dafür aber richtiger sind.

Daß auch die Infektion durch Haften am Raume in Krankensälen, die sich baulich in gutem Zustande befinden, ins Reich der Fabel gehört, erwähne ich nebenbei ausdrücklich. Nicht nur, daß wir in den vier Zimmern, deren Belegung ich in dieser Arbeit klargelegt habe, niemals eine Übertragung hierdurch gesehen haben — jedes der Zimmer ist hintereinander mit den verschiedensten Krankheiten belegt worden —, auch unsere Masern- und Scharlachstation wird je nach Bedarf für andersartige Krankheiten in Anspruch genommen. In früherer Zeit hat allerdings immer eine sogenannte Desinfektion der Räume, ehe sie anderweitig gebraucht wurden, mittels Formalin stattgefunden. In der letzten Zeit sind wir auch davon abgekommen. Ob eine solche nötig und unter den heutigen Verhältnissen zweckentsprechend zu verantworten ist, möchte ich erst entscheiden, wenn Studien zum Abschluß gekommen sind, die wir nach dieser Richtung vornehmen. Vielleicht lassen sich die erheblichen Kosten, die die Raumdesinfektion heute verursacht, dauernd durch eine gründliche Reinigung der Zimmer ersparen, ohne daß die Patienten dadurch gefährdet werden. Hierüber möchte ich abschließend aber erst urteilen, wenn weitere

[1]) Schlossmann, „Zur Frage der Übertragbarkeit von Scharlach auf Diphtheriekranke". Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 41, S. 965.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfahrungen bei uns gesammelt sind. Als praktische Folgerung aus dem heute schon durch die hier dargelegten Tatsachen feststehenden kann jedenfalls gesagt werden, daß jeder Raum, der mit irgend einer Infektionskrankheit belegt war, für andere Kranke später nutzbar gemacht werden kann, d. h. mit anderen Worten, das starre System, nach dem eine bestimmte Abteilung eines Krankenhauses für alle Zeit nur mit einer bestimmten Infektionskrankheit belegt werden darf, ist überlebt. Wir brauchen eine Elastizität bei der Verfügung über die Betten, die wir haben. Wir dürfen nicht, gestützt auf unerwiesene Theorien, vorübergehend oder dauernd eine erhebliche Anzahl Krankenbetten leer stehen lassen, um die Diphtheriestation dauernd für Diphtherie, die Scharlachstation für Scharlach und die Masernstation für Masern freizuhalten, sondern wir müssen über die Infektionsbetten und -Abteilungen je nach dem Bedürfnis der Stunde verfügen können. Weiter ergibt sich aus dem Gesagten die Möglichkeit, durch sehr einfach angelegte Isolierstationen eine große Anzahl verdächtiger Kranken zu isolieren und Mischinfektionen von den eigentlichen Infektionsabteilungen fernzuhalten, indem man sie dauernd auf der Isolierstation liegen läßt. Das bedeutet eine wesentliche Minderung der Gefahren für die anderen Patienten. Je mehr Betten auf einer solchen Isolierstation zur Verfügung stehen, um so seltener werden Krankheitsübertragungen im Krankenhause vorkommen, denn die Gefahr für die anderen Kranken geht in erster Linie von den Fällen aus, die nicht als infektiös erkannt worden sind, oder bei denen die Diagnose nicht richtig gestellt worden ist. Diagnosizierte Krankheiten verlieren ihren Schrecken. Wenn auf meiner nicht infektiösen Abteilung ein Kind mit Masern liegen würde, dessen Krankheit bei der Einlieferung erkannt ist, so darf bei einem verständig aufgebauten und streng gehandhabten Pflegebetriebe eine Weiterverbreitung der Masern nicht erfolgen. Umgibt man das Bett eines solchen masernkranken Kindes mit einer Schutzwand, wie wir es prinzipiell bei jedem hustenden Patienten tun, nehmen sich Schwestern und Arzt gebührend in acht, so wird keines der im Saale liegenden[1]) Kinder gefährdet sein und keine weiteren Infektionen vorkommen. Nehmen wir aber ein Kind in Prodomis der Masern auf, ohne den spezifischen Charakter des Schnupfens oder Hustens zu kennen, so bildet ein solches Kind eine ungleich größere Gefahr für die übrigen.

Selbstverständlich liegt es mir fern, die Zusammenlegung von Kindern mit verschiedenen Infektionen und von solchen mit nicht akuten Infektionskrankheiten zu empfehlen. Praktisch wird sich die Infektionsverhinderung bei Benutzung möglichst abgeschlossener Abteilungen für jede einzelne Krankheit am leichtesten durchführen lassen. Die Kontrolle, ob die Schwester sich einen anderen Mantel überzieht, ehe sie von einem Falle zum anderen geht und ob sie sich die Hände gründlich wäscht, ist leichter durchzuführen, wenn sie ein Zimmer verläßt und ein anderes betritt, als wenn sie im selben Raume von einem Bett zum anderen geht. Aber prinzipiell kann man die verschiedensten Infektionen in einem Raume behandeln, ohne Übertragungen zu sehen, und umgekehrt: man kann die

[1]) Voraussetzung ist, daß alle Kinder des Saales dauernd im Bett gehalten werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schönsten Trennungen und Sonderabteilungen errichten und doch dauernd Hausepidemien aus einer Baulichkeit in die andere übertragen sehen. Ich habe oft genug darauf hingewiesen: Nicht die Mauern, sondern die Menschen sind das Wesentliche in einem Krankenhause. Das gilt auch von der Frage, die uns hier beschäftigt.

Wenn ich somit für die zwei ersten der von uns eingangs aufgestellten Thesen den zwingenden Beweis der Richtigkeit als erbracht sehe, so gebe ich ohne weiteres zu, daß die Frage, ob alle Infektionskrankheiten nur durch ein direktes Eindringen der Erreger in die Körpersäfte zustande kommen, nicht mit der gleichen Sicherheit beantwortet werden kann, obgleich meine Meinung dahin geht, daß dies in Wirklichkeit der Fall ist. Allerdings, gewisse Krankheiten werden allgemein als Impfkrankheiten betrachtet. Eine Lues denken wir uns immer entstanden dadurch, daß eine Wunde, eine Erosion, ein Fehlen der schützenden normalen Epitheldecke vorhanden sein muß, damit die Spirochäten in den Organismus eindringen können. Die Berührung einer nässenden syphilitischen Papel wird uns nicht schaden, solange unser Finger keinerlei Wunde oder Hautdefekt aufweist. Für den Scharlach vertrete ich die Meinung, daß wir es ebenfalls ausnahmslos mit einer Impfkrankheit zu tun haben. Der frühere Oberarzt der Infektionsabteilung, Prof. Bauer, hat ein sehr instruktives Material gesammelt, wonach man direkt in vielen Fällen erkennen konnte, von welcher Stelle des Körpers die Scharlachinfektion ausgegangen war. Meistens sitzt ja der Locus minorus resistentiae, der Ort, an dem der Scharlacherreger haften geblieben und in den Körper eingedrungen ist, in der Schleimhaut des Mundes bzw. der Rachenorgane, die vorher aus irgend einem Grunde primäre Läsionen erlitten haben. Aber in anderen Fällen bildet ein kleiner, unbedeutender Riß am Arme oder Fuße den Ausgangspunkt der Scharlachinfektion. Ich denke mir ähnlich auch die Übertragungen der anderen Infektionskrankheiten, besonders auch die der Variola und der Varizellen. Nicht nur das mitigierte Gift der Variola, wie wir es in der Kuhpockenlymphe durch Einimpfung dem Körper einverleiben, verlangt eine Durchtrennung der obersten Gewebeschichten, die Eröffnung von Lymphräumen, um zu haften. Auch die Erreger der Varizellen werden z. B. meines Erachtens nur dann haften, wenn sie in ähnlicher Weise Gelegenheit haben, nicht etwa nur auf integre Haut zu kommen, sondern wenn sich ihnen die Möglichkeit darbietet, durch diese oder durch lädierte Schleimhaut hindurch in den Körper einzudringen. Einfacher und logischer ist es doch, für alle Infektionskrankheiten ein und dieselbe Art des Angriffes auf den Körper anzunehmen. Für die Lues, für das Erysipel sind wir uns einig, wie der Vorgang der Infektion abläuft. Warum also für Masern und Varizellen andere durch nichts gestützte Hypothesen aufstellen?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Heidelberg.
Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. Hermann Kossel.]

Säuglings- oder Familienfürsorgerin?

Zustände in 150 Familien mit in Fürsorge stehenden Säuglingen und Aufgaben der Fürsorgerinnen.

Von Dr. med. et phil. E. G. Dresel, Privatdozent für Hygiene.

Die Ansichten über die Ausbildung und Aufgaben der Fürsorgerinnen sind noch nicht einheitlich geklärt. Während die einen für einzelne Fürsorgeaufgaben vorgebildete Fürsorgerinnen vorziehen, sind andere der Ansicht, daß Familienfürsorgerinnen, die sich um alle Fürsorgeaufgaben innerhalb der zu betreuenden Familien zu kümmern haben, am zweckmäßigsten seien.

Um diese Frage zu klären, ging ich mit einer von mir selbst mit vorgebildeten Fürsorgerin an die Arbeit, die Zustände in 150 Familien und die daraus für die Fürsorgerin erwachsenden Aufgaben zu untersuchen. Die Fürsorgerin ist in Schwetzingen, einem ländlichen Kreise, als Säuglingsfürsorgerin angestellt.

Die erste Voraussetzung für die Aufnahme einer Familie in das Untersuchungsmaterial war das Vorhandensein eines Säuglings. Die zweite: ein möglichst langes Bestehen der Familie, und die dritte: Arbeit der Frau in der Tabakindustrie, war erwünscht, aber nicht ausschlaggebend.

Bei ihren Hausbesuchen in den Familien hatte die Fürsorgerin an der Hand eines Fragebogens die Aufnahmen zu machen, die, wenn möglich, durch geeignete Nachfragen geprüft wurden.

Die Erhebungen betrafen:

In Hockenheim	68	Übertrag	97 Familien
„ Altlußheim	2 „	In Oftersheim	8 „
„ Edingen	5 „	„ Plankstadt	2 „
„ Ketsch	5 „	„ Reilingen	6 „
„ Neulußheim	17 „	„ Rohrhof	2 „
Übertrag	97 Familien	„ Schwetzingen	35 „
		Sa.	150 Familien

Die Erhebungen wurden im Laufe des Jahres 1916 durchgeführt und Ostern 1917 abgeschlossen.

Es ist Wert darauf gelegt, das gewonnene Material für sich selbst sprechen zu lassen. Mit Rücksicht auf den Papiermangel sind Vergleiche mit anderen Veröffentlichungen weggelassen. Solche hätten auch an sich wenig Zweck, da die Gewinnung des Materials in den einzelnen Arbeiten zu verschieden ist.

Verallgemeinerungen der Ergebnisse sind absichtlich weitgehend vermieden. Sie können auch nicht ohne weiteres auf städtische Verhältnisse übertragen werden, genau so wenig, wie sie für rein bäuerliche Landbezirke Gültigkeit haben, da es sich in der Hauptsache um auf dem Lande wohnende Familien handelt, in denen Mann und Frau anderem als landwirtschaftlichem Erwerb nachgehen. Die Beschäftigung von zwei Drittel aller Ehefrauen mit dem Tabaksgewerbe gibt der Untersuchung ein besonderes Gepräge.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wohnungsverhältnisse.

						Mietpreis monatlich im Durchschnitt
Es bewohnen je	1	Zimmer ohne	Küche	4	Familien	6 bis 6,75 M.
„ „ „	1	„ und	„	14	„	9,10 M.
„ „ „	2	„ „	„	79	„	12,70 „
„ „ „	3	„ „	„	39	„	16,28 „
„ „ „	4	„ „	„	12	„	18,20 „
„ „ „	5	„ „	„	2	„	20,50 „

In eigenen Häusern wohnen 24 Familien, und zwar

11 in 2 Zimmern und Küche	5 in 4 Zimmern und Küche
7 „ 3 „ „ „	1 „ 5 „ „ „

Im ganzen bewohnen die 150 Familien 351 Zimmer und 146 Küchen, gleich 497 Räume. Davon sind heizbar 146 Küchen und 169 Zimmer, nicht heizbar 182.

Die heizbaren und nicht heizbaren Räume verteilen sich auf die verschieden großen Wohnungen folgendermaßen:

Zahl der Räume ohne Küchen	Davon heizbare Räume					Nicht heizbar
	1	2	3	4	5	
1	4	—	—	—	—	10
2	53	12	—	—	—	14
3	19	15	4	—	—	1
4	4	6	1	0	—	1
5	1	0	1	0	0	—

Die 150 Familien werden gebildet von 945 Personen. Von diesen sind 146 Väter, 149 Mütter, 333 Söhne, 307 Töchter, 5 Großväter, 4 Großmütter und 1 Schlafbursche.

Von den 146 Vätern standen 73 zur Zeit der Untersuchung im Felde. Wenn sie aus den Familien abwesend waren, schliefen:

In je einem Bett allein	38 Mütter		
„ „ „ „ „	23 Väter		
„ „ „ „ „	5 Großväter		
„ „ „ „ „	4 Großmütter		
„ „ „ „ „	1 Schlafgänger		
„ „ „ „ „	55 Kinder	=	126 Personen
Es standen leer	38 Betten		
	164 Betten		
Je 3 Personen schliefen in 1 Bett in	29 Betten		87 „
„ 2 „ „ „ 1 „ „	259 „		518 „
Zahl der großen Betten	452		
Dazu Zahl der Kinderbetten . . .	80		82 „
„ „ „ Kinderwagen . . .	56		56 „
Männer im Felde	—		73 „
Auswärts schlafen von den Kindern	—		3 „
			945 Personen

Auffallend ist die große Zahl der leerstehenden Betten. Sie dienen bei Anwesenheit den zum Kriegsdienst eingezogenen Männern. Keineswegs sind aber etwa diese Betten für die Familien unentbehrlich, sondern wurden in 34 Fällen, nur um Wäsche zu sparen, nicht benutzt. Denn es fanden sich in den Familien mit leerstehenden Betten in 18 Fällen je einmal zwei Personen in einem Bett, in 12 Fällen je zweimal zwei Personen in einem Bett, in einem Fall drei Personen in einem Bett, in einem Fall drei Personen im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ersten und zwei im zweiten Bett. In einer Familie mit zwei leerstehenden Betten schliefen je zwei und zwei Personen zusammen in je einem Bett.

71 Familien haben keinen besonderen Wohnraum, der nicht zum Schlafen oder Kochen außerdem benutzt wird.

Als Schlafzimmer benutzt werden Räume:

In Wohnungen mit Räumen	1	2	3	4	5
1	4	—	—	—	—
2	36	43	—	—	—
3	2	30	7	—	—
4	2	8	2	—	—
5	—	1	1	—	—

Es schliefen zusammen in einem Raum:

Personen	In der 1. Stube	In der 2. Stube	In der 3. Stube
1	—	20mal	2mal
2	9mal	41 „	5 „
3	23 „	16 „	3 „
4	45 „	9 „	—
5	37 „	1 „	—
6	23 „	davon 13mal bei nur 1 Schlafraum,	10mal bei 2 Räumen
7	10 „	„ 6 „ „ „ 1 „	4 „ „ 2 „
8	2 „	„ 1 „ „ „ 1 „	1 „ „ 2 „
11	1 „	„ 1 „ „ „ 1 „	

Wenn man sechs und mehr Personen in einem Raum als Überbelegung ansieht, dann erklärt sie sich bei nur einem Schlafraum aus der wirtschaftlich gegebenen Zwangslage. Bei zwei Schlafräumen fand sie ihre Erklärung bis auf einen Fall, in dem das zweite Zimmer allein von einem Tuberkulösen bewohnt war, 14mal in der Geschlechtertrennung der Kinder. In allen diesen Fällen konnte der zweite Raum nicht ausgenutzt werden, sondern war bei überbelegtem ersten Raum unterbelegt.

Die Familienmitglieder verteilen sich folgendermaßen auf die Betten:

Mütter schlafen allein in einem Bett, wenn Mann im Feld 24
„ „ „ „ „ „ „ „ in Urlaub 13
„ „ „ „ „ „ bei nicht eingezogenem Mann . . . 13
„ „ „ „ „ „ bei verstorbenem Mann 1
Mutter und Vater schlafen in einem Bett, bei nicht eingezogenem Mann . 19
„ „ „ „ „ „ „ wenn Mann in Urlaub 24
„ schläft zusammen in einem Bett mit Tochter unter 12 Jahren . . 42
„ „ „ „ „ „ „ „ über 12 Jahren . . 6
„ „ „ „ „ „ „ Sohn unter 12 Jahren . . . 27
„ „ „ „ „ „ „ zwei Kindern unter 12 Jahren 7
Vater schläft allein in einem Bett, wenn nicht eingezogen 23
„ „ „ „ „ „ „ in Urlaub 25
„ „ zusammen mit Sohn über 12 Jahren, wenn in Urlaub . . . 5
„ „ „ „ „ unter 12 Jahren, wenn in Urlaub . . . 10
„ „ „ „ Tochter unter 12 Jahren, wenn in Urlaub . . 2
„ „ „ „ Frau und ein Kind, wenn in Urlaub 7
„ „ „ „ zwei Kindern unter 12 Jahren 2
„ „ „ „ Pflegemutter 1
„ „ „ „ Tochter unter 12 Jahr., wenn nicht eingezogen 6
„ „ „ „ Sohn „ 12 „ „ „ „ 17
„ „ „ „ „ über 12 „ „ „ „ 4

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nur 37 = 25 Proz. der Mütter haben ein Bett für sich allein, während 48 Väter = 33 Proz. für sich allein schlafen. In 43 Familien teilen die Eheleute das Bett. 82mal schläft die Mutter mit einem Kind im gleichen Bett, während das nur 47 Väter tun. Es stehen also die Ehefrauen wesentlich ungünstiger da als die Ehemänner in bezug auf ein besonderes Bett.

Die Geschlechtertrennung ließ sich in 42 Familien nicht durchführen, wenn die Forderung zugrunde gelegt wird, daß die Kinder über 12 Jahren nicht mit Eltern in einem Zimmer schlafen und daß Jungen und Mädchen über 12 Jahren in getrennten Räumen schlafen.

Es schliefen mit den Eltern im gleichen Raum 15mal je ein Sohn und 17mal je eine Tochter über 12 Jahren. Und zwar 5 Söhne von 13 Jahren, 5 Söhne von 14 Jahren, 3 Söhne von 15 Jahren und 2 Söhne von 16 Jahren; 2 Töchter von 13, 5 von 14, 5 von 15, 1 von 16, 2 von 17, 1 von 20 1 von 22 Jahren. Sechsmal schliefen Geschwister verschiedenen Geschlechts über 12 Jahren im gleichen Raum, und zwar[1]) M. 15 und J. 17, M. 15 und J. 14, M. 17 und J. 15, M. 16 und J. 13, M. 13 und J. 15.

In einer Familie schlafen Mann und Frau und des Mannes Schwester im gleichen Raum zusammen; einmal die Eltern und ein Sohn von 16 und eine Tochter von 14 Jahren; einmal die Eltern und ein Sohn von 15, je eine Tochter von 17 und 14 Jahren; einmal der Großvater mit der 17jährigen Enkeltochter. Einmal schlafen im gleichen Raum zwei Töchter von 24 und 18 und zwei Söhne von 28 und 20 Jahren zusammen. Einmal schläft der Vater mit seiner 19jährigen Tochter im gleichen Raum, die Ehefrau ist gestorben.

Diese Zahlen beleuchten die sittliche Gefährdung. Es scheint so zu sein, daß man auf die Töchter weniger Rücksicht nimmt als auf die Söhne.

Diese Feststellungen ergeben, daß bei der Überbelegung einzelner Schlafräume die Geschlechtertrennung eine nicht unbedeutende Rolle spielt, die in der Literatur bisher nicht genügend berücksichtigt ist. Bei der vorliegenden Untersuchung wird entweder bei einer möglichst gleichmäßigen Verteilung der Bewohner auf die vorhandenen Schlafräume, wenn es sich nur um zwei handelt, auf die Geschlechtertrennung keine Rücksicht genommen, oder diese Rücksichtnahme wird in vielen Fällen mit einer Überbelegung des einen Raumes bezahlt. Es wäre nötig, zu prüfen, ob die Forderung nach einer Geschlechtertrennung vom 12. Jahre ab berechtigt ist. Tatsächlich wird sie auch jetzt schon in einer erheblichen Zahl von Fällen nicht eingehalten, so daß man eine Heraufsetzung der Grenze bis zum 14. Jahre erwägen sollte.

Bei der Mehrzahl der Knaben und Mädchen beginnt doch in unserem Klima erst in diesem Alter das Geschlechtsleben nachhaltiger zu erwachen. Außerdem sind wir von der Forderung, für jede Familie mit Kindern verschiedenen Geschlechtes über 12 Jahren drei Schlafräume zur Verfügung stellen zu können, weiter entfernt als je. Es ist auch zu berücksichtigen, daß die mit dem Geburtenrückgang Hand in Hand gehende Zunahme des Altersabstandes der Kinder künftig die relative Gleichaltrigkeit der Geschwister vermindern wird, so daß schon aus diesem Grunde bei der noch lange herrschenden Wohnungsnot für die Unterbringung der verschieden-

[1]) M. = Mädchen, J. = Junge. Die beigefügten Zahlen geben das Alter an.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschlechtlichen Kinder ein größerer Spielraum als bisher gegeben werden müßte, falls überhaupt Wert darauf gelegt wird, Forderungen in dieser Beziehung zur sittlichen Gesundung des Volkes aufrecht zu erhalten. Unerfüllbare Forderungen auf dem Papier nützen nicht nur nichts, sondern richten Schaden an, weil die Gewöhnung an ihre Übertretung die Gewissen so einschläfert, daß die Geschlechtertrennung, selbst wenn sie bei einer höheren Altersgrenze durchführbar wäre, auch nicht mehr vorgenommen wird.

Tuberkulose.

Die Frage der Bettenbelegung führt zur Tuberkulose.

Bei der Diagnose Tuberkulose habe ich mich auf die Aussagen der Familien verlassen müssen. In den in Frage kommenden Ortschaften ist die Krankheit so verbreitet und bekannt, daß die Bevölkerung trotz ihrer Gleichgültigkeit dem Leiden gegenüber als unterrichtet angesehen werden kann. In den meisten Fällen fußen auch die Aussagen auf ärztlichen Diagnosen. Immerhin bin ich so vorgegangen, daß ich nur diejenigen Personen als krank bezeichnet habe, bei denen eine ärztliche Äußerung vorlag, während die übrigen, die wohl einen kranken Eindruck machten und sich selbst für leidend hielten, als verdächtig bezeichnet werden.

In 40 Familien sind schon eins oder mehrere Kinder an Tuberkulose gestorben, und zwar im ganzen 63 Kinder. Darüber soll später noch berichtet werden.

In 38 Familien fanden sich keine Anhaltspunkte für Tuberkulose, während in 112 = 74,7 Proz. der Familien bei einem oder mehreren Mitgliedern Erkrankungen an Tuberkulose vorlagen. Nachforschungen nach der Aszendenz der Väter und Mütter dieser 38 Familien ergaben, daß nur in 11 väterlichen und 12 mütterlichen Familien angeblich keine Erkrankungen an Tuberkulose bei den Eltern und Geschwistern der Väter und Mütter vorhanden waren. Zusammen verneinten 15 Familien von den 150 Tuberkulose in der Aszendenz beider Eltern.

Die Belastung der Mütter mit Tuberkulose von der Aszendenz her ist folgende:

4mal starben die Mütter der Mütter im Durchschnittsalter von 38 Jahren 5 Monaten an Tuberkulose,
22mal starben die Väter der Mütter an Tuberkulose im Durchschnittsalter von 46 Jahren 6 Monaten,
30mal starben Geschwister dieser Mütter, 14mal dieser Väter an Tuberkulose.

In den 150 Familien starben bisher 4 Mütter an Tuberkulose, 42 sind krank und 31 als verdächtig anzusehen.

Beide Eltern sind krank in drei Familien, die Mutter krank und der Vater verdächtig auf Tuberkulose zweimal, die Mutter verdächtig und der Vater krank fünfmal, beide Eltern verdächtig einmal.

Die Belastung der Väter mit Tuberkulose von der Aszendenz her ist folgende:

21mal starben die Mütter der Väter im Durchschnittsalter von 41 Jahren 7 Monaten an Tuberkulose,
31mal starben die Väter der Väter an Tuberkulose im Durchschnittsalter von 46 Jahren,
7mal starben Geschwister dieser Mütter, 6mal dieser Väter an Tuberkulose.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In den 150 Familien starben bisher 11 Väter an Tuberkulose, 23 Väter sind krank und 7 verdächtig.

Mütter	sind	verdächtig	bei	an Tuberkulose	gestorbenem Muttersvater	. .	6 mal
„	„	„	„	„	gestorbener Muttersmutter	. .	9 „
„	„	krank	„	„	gestorbenem Muttersvater	. .	2 „
„	„	„	„	„	gestorbener Muttersmutter	. .	17 „
„	„	verdächtig	ohne elterliche Belastung			. . . .	16 „
„	„	krank	„	„	„	. . . .	23 „
Väter	„	„	bei	an Tuberkulose	gestorbenem Vatersvater	. . . .	8 „
„	„	„	„	„	gestorbener Vatersmutter	. . . .	5 „
„	„	„	ohne elterliche Belastung			. . . .	10 „

Wenn man sich auf die Angaben über die Tuberkulose der Eltern verlassen könnte, was sicher nur sehr bedingt möglich ist, würde sich ergeben, daß die Belastung von seiten der Eltern der hier in Frage stehenden Mütter und Väter unserer 150 Familien rund 50 Proz. beträgt und daß 50 Proz. der erkrankten und verdächtigen Mütter und Väter von ihren Eltern her nicht belastet sind. Aus diesen kleinen Zahlen sollen nun keine zu weitgehenden Schlüsse gezogen werden. Immerhin sprechen sie dafür, daß die familiäre Belastung nicht einseitig überschätzt werden darf.

Wie wichtig trotzdem im Zusammenhang mit den Wohnungsverhältnissen die Erkrankungen der Eltern für die Kinder sein können, geht aus folgendem hervor.

Nur ein Tuberkulöser schläft in einem Zimmer für sich allein. Alle übrigen Tuberkulösen schlafen mit ihren Angehörigen im gleichen Raum. Im gleichen Bett schlafen:

Je eine	gesunde	Mutter	und ein	kranker	Vater	. . . .	4 mal
„ „	auf Tuberkulose	verdächtige	Mutter	und ein	kranker	Vater	2 „
„ „	„	„	„	„	„	gesunder Vater . . .	9 „
„ „	an	„	kranke	„	„	„ „ . . .	9 „
„ „	„	„	„	„	„	verdächtiger Vater .	1 „
„ „	„	„	„	„	„	kranker Vater. . . .	1 „
„ „	gesunde	Mutter	und ein	gesundes	Kind	. . . .	0 „
„ „	„	„	„	„	verdächtiges	Kind	2 „
„ „	„	„	„	„	krankes	Kind	2 „
„ „	auf Tuberkulose	verdächtige	Mutter	und ein	gesundes	Kind . . .	12 „
„ „	„	„	„	„	„	verdächtiges Kind . .	1 „
„ „	„	„	„	„	„	krankes Kind	1 „
„ „	an Tuberkulose	kranke	Mutter	und ein	gesundes	Kind	17 „
„ „	„	„	„	„	„	verdächtiges Kind	3 „
„ „	„	„	„	„	„	krankes Kind	3 „
„ ein	gesunder	Vater	mit einem	verdächtigen	Kind	. . . .	1 „
„ „	„	„	„	„	kranken	Kind	1 „
„ „	auf Tuberkulose	verdächtiger	Vater	und ein	gesundes	Kind	2 „
„ „	„	„	„	„	„	verdächtiges Kind. . .	1 „
„ „	an Tuberkulose	kranker	Vater	und ein	gesundes	Kind	7 „
„ „	„	„	„	„	„	verdächtiges Kind	1 „
„ „	gesundes	Kind	und ein	verdächtiges	Kind	. . . .	7 „
„ „	„	„	„	„	krankes	Kind	13 „
„ „	auf Tuberkulose	verdächtiges	Kind	und ein	verdächtiges	Kind . . .	2 „
„ „	an Tuberkulose	krankes	Kind	und ein	verdächtiges	Kind	2 „

Einmal schlafen in einem Bett:

Kranker Vater, verdächtiges Kind und gesunde Mutter,
Kranke Mutter, gesunder Vater und gesundes Kind,
Kranke Mutter und zwei gesunde Kinder,
Krankes Kind mit zwei gesunden Kindern,
Zwei kranke Kinder mit einem gesunden Kind,
Krankes Kind mit gesunder Mutter und gesundem Kind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Bett für sich haben:

6 auf Tuberkulose verdächtige und 6 kranke Mütter
4 „ „ „ „ 6 „ Väter
1 „ „ verdächtiges und 13 kranke Kinder.

Es schlafen also in 88 Fällen noch oder scheinbar noch Gesunde mit sicher an Tuberkulose erkrankten im gleichen Bett.

Mit Rücksicht auf die Tuberkulose scheint die Bettenverteilung in den Familien so gut wie gar nicht vorgenommen zu sein. Es hätte sich in den Familien, in denen die kranke Mutter 9mal mit dem gesunden Ehemann und 17mal mit einem gesunden Kind im gleichen Bett schläft, sehr wohl eine andere Bettenbelegung erreichen lassen.

Wenn wir ganz von dem Zusammenschlafen von auf Tuberkulose Verdächtigen und noch oder scheinbar noch Gesunden absehen, so ist doch mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, daß die jetzt noch oder noch scheinbar Gesunden, die in 88 Fällen mit kranken Familienangehörigen das Bett teilen müssen, an Tuberkulose erkranken. Diese Gefährdung ist groß und zeigt aufs deutlichste, wie sehr in dieser Beziehung Aufklärung und Verständnis im Volke fehlt.

Berufe der Männer.

Es sind:

Taglöhner	38	Steuereinnehmer	1
Bahnarbeiter	22	Landwirte	5
Tabakarbeiter	21	Bäcker	1
Heizer	6	Schreiner	2
Gummiarbeiter	1	Küfer	2
Werkmeister	4	Zimmermann	3
Dreher	1	Maurer	11
Maschinist	2	Schlosser	5
Fabrikaufseher	2	Spengler	1
In Seifenfabrik	1	Tüncher	7
In Sodawasserfabrik	1	Schneider	2
Feldhüter	1	Schuhmacher	1
Fuhrmann	1	Friseur	1
Luftschiffer	1	Gärtner	1
Bierkutscher	2	Korbmacher	1
Briefträger	1	Metzger	1

Alter der Männer.

20—25 Jahre	2	40—44 Jahre	39
25—29 „	9	45—49 „	11
30—34 „	30	Über 50 „	9
35—39 „	50		

Davon sind gestorben je einer im Alter von 29, 35, 37, 45 und 48 Jahren.
Nicht versicherungspflichtig sind 1 Bäcker, 4 Landwirte, 1 Hausmetzger, 1 Schneider, 1 Zigarrenmacher, 1 Schlosser, 1 Tüncher.

Von den 12 vor der Ehe berufslosen Frauen blieben 5 nach der Heirat berufslos, 7 nahmen eine Berufstätigkeit auf. 24 vor der Ehe berufstätige Frauen gaben ihre Erwerbstätigkeit beim Eintritt in die Ehe auf. 11 Frauen wechselten mit der Heirat die Erwerbstätigkeit und wandten sich der Zigarrenfabrikation zu. 64 Frauen arbeiteten in der Zigarrenindustrie vor der Ehe und nach der Heirat vor und im Kriege. 24 Frauen arbeiteten in der Zigarrenindustrie vor der Ehe und in der Ehe bis zum Kriege.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine Frau arbeitete in der Zigarrenindustrie bis zur Heirat und nahm im Kriege die Arbeit wieder auf.

Die lebenden 149 Frauen.

Beruf	Berufstätigkeit vor der Ehe	In der Ehe bis zum Krieg	Im Krieg
Zigarrenfabrik	103	103	71
Bäckerei	—	1	1
Fabrikarbeiterin	3	2	—
Hebamme	1	1	1
Ladeninhaberin	—	1	1
Landwirtschaft	5	5	4
Näherin	2	2	1
Monatsstelle	—	2	—
Wäscherei	2	2	—
Diakonisse	1	—	—
Dienstmädchen	20	—	—
Zeitungsaustragen	—	—	1
Munitionsfabrik	—	—	1
Ohne Beruf	12	30	68

Der Krieg, wenigstens bis April 1917, hat also die außerhäusliche Erwerbstätigkeit dieser Frauen günstig beeinflußt. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß alle diese Frauen während des Krieges Schwangerschaften durchmachten.

Die Einkommen der Zigarrenarbeiterinnen waren folgende:

19 Frauen betrieben ihre Erwerbstätigkeit in Heimarbeit, davon 4 unter Zuhilfenahme der Nachtstunden, weil ihnen am Tage durch den Haushalt nicht genug Zeit übrig blieb. Diese 4 Frauen verdienten sich wöchentlich durchschnittlich 7, 9, 12 und 15 M.

52 Frauen gingen im Kriege in die Zigarrenfabriken, und zwar täglich:

Stunden	Erreichten ein Wocheneinkommen von Mark	Durchschnitt Mark
4	6 8 — — — — — — — — — — — — — — — —	7,—
5	6 17 20 — — — — — — — — — — — — — — —	14,—
6	9 9 10 — 10 12 — — — — — — — — — — — —	10,—
7	6 7 8 — 8 11 12 14 14 — — — — — — — — —	10,—
8	8 12 12 12 12 12 13 15 16 16 16 18 18 20 20 20 22 26 30	16,20
9	10 10 12 13 15 15 17 17 18 18 23 28 30 30 — — — — —	17,60
10	16 — — — — — — — — — — — — — — — — —	16,—

Eine Zeitungsausträgerin verdiente bei täglich 2 Stunden Arbeitszeit in der Woche 12 M.

Daraus ergibt sich, daß die Arbeit in der Zigarrenfabrik für die meisten Frauen im Verhältnis zur aufgewandten Arbeitszeit in keiner Weise einen Verdienst einbrachte, der, auch rein materiell, die für den Haushalt ausfallende Arbeitszeit vergolten hätte; von der den Kindern stundenlang entgehenden täglichen mütterlichen Pflege ganz zu schweigen.

Die gesetzliche Schonzeit nach der Niederkunft hielten nicht ein eine in der eigenen Bäckerei beschäftigte Frau, eine Ladeninhaberin, eine Näherin, eine Zeitungsausträgerin, zwei in der Landwirtschaft und zwei in einer Fabrik beschäftigte Frauen. 20 Frauen gingen zu früh wieder in die Zigarren-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fabrik und 17 konnten sich, zwar ohne Beruf, aber mit Rücksicht auf ihren eigenen Haushalt nicht genügend schonen.

Im eigenen Haushalt hatten bei der Hausarbeit Hilfe 14 Frauen durch ihre eigenen Töchter, 3 durch eine Schwester, 8 durch eine Mutter, unter denen eine an Tuberkulose leidende war, 4 Frauen hatten Hilfe für Stunden durch Monatsfrauen.

46 Frauen gehörten keiner Versicherung an.

Das Alter der Frauen.		Das Heiratsalter der Frauen.	
20—24 Jahre	4	17—19 Jahre	12
25—29 „	22	20—24 „	111
30—34 „	44	25—29 „	24
35—39 „	52	30 „ und mehr	2
40—44 „	24		
45—50 „	1		
Über 50 „	2		

Bis zum 21. Jahre waren 63 Frauen verheiratet. Diese Frauen heirateten also im Durchschnitt verhältnismäßig früh.

Die Dauer der Ehen bisher betrug:

1— 4 Jahre	17 mal	mit	durchschnittlich	2,6	Kindern
5— 9 „	29 „	„	„	5,5	„
10—14 „	57 „	„	„	8,8	„
15—19 „	33 „	„	„	10,5	„
20—24 „	12 „	„	„	10,0	„
Über 25 „	2 „				

} Ohne Fehl-, Früh- und Totgeburten

Es zeigt sich also eine ziemlich gleichmäßige Zunahme der Kinderzahl mit der längeren Dauer der Ehe.

Entbindungen wurden von den 156 Frauen — einschließlich der schon wieder gestorbenen Kinder — 1221 durchgemacht, von denen 154 vergeblich verliefen, und zwar 85 als Fehl-, 44 als Früh- und 25 als Totgeburten. Diese verteilen sich auf die verschiedenen Berufe:

	Fehlgeburten						Frühgeburten			Totgeburten			Fehlgeburten	Frühgeburten	Totgeburten
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3			
Ohne Beruf daheim	10	5	1	—	—	—	5	5	—	9	1	1	23	15	14
Zigarrenfabrik . . .	24	8	2	1	—	1	15	5	—	6	2	—	56	25	10
Fabrik	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Näherin	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	—
Monatsstelle	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Laden	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	3	—
	35	28	12	4	—	6	21	20	3	16	6	3	85	44	25
	85						44			25					

Von den nicht erwerbstätigen, nur den Haushalt versorgenden Frauen machten

Fehlgeburten durch	8	je	1,				2	je	2
Frühgeburten „	2	„	1,				3	„	2
Totgeburten „	4	„	1,				1	„	2
Eine Frau hatte	1	Fehl-,		2	Früh-	und	1	Totgeburt	
„ „ „	1	„		—	„	„	3	„	
„ „ „	2	„		1	„	„	—	„	
„ „ „	2	„		—	„	„	1	„	
„ „ „	3	„		2	„	„	—	„	
„ „ „	—	„		1	„	„	1	„	

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dauer der Ehen in Jahren	Zahl der Entbindungen																		Zahl der Familien	Niederkünfte im Durchschnitt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1,33
2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2,0
3	—	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	3,0
4	—	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2,85
5	—	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5,2
6	—	—	—	2	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6,0
7	—	1	—	1	3	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5,5
8	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6,0
9	—	—	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4,8
10	—	—	2	3	3	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	5,8
11	1	—	—	—	1	3	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	8	6,5
12	—	—	—	3	—	1	5	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	14	7,0
13	—	—	—	1	—	—	1	1	3	1	1	—	1	—	—	—	—	—	9	8,9
14	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	2	2	—	—	—	—	1	—	11	10,7
15	—	—	—	—	—	—	2	—	3	2	4	1	—	1	—	—	—	—	13	10,8
16	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	—	1	—	—	—	—	—	—	6	9,7
17	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	4	10,75
18	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	1	2	2	1	—	—	—	—	10	11,0
19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	11,0
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	4	12,25
21	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4	9,0
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	3	16,0
24	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4,0
25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	11,0
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	10,0

Von den mit der Zigarrenfabrikation beschäftigten Frauen machten

Fehlgeburten durch . . . 18mal je 1, 7mal je 2, 2mal je 3, 1mal je 6
Frühgeburten „ . . . 10 „ „ 1, 12 „ „ 2, — —

Eine Frau hatte . . . . 1 Fehl-, 1 Früh- und 1 Totgeburt
„ „ „ . . . . 1 „ 1 „ „ — „
Drei Frauen hatten . . 3 „ 1 „ „ — „
Eine Frau hatte . . . . 1 „ — „ „ 1 „
„ „ „ . . . . — „ 2 „ „ 2 „
„ „ „ . . . . 2 „ 2 „ „ 1 „
„ „ „ . . . . 4 „ — „ „ 1 „
„ „ „ . . . . — „ 1 „ „ 1 „

Es machten also von 103 in der Zigarrenfabrikation beschäftigten Frauen 48 vergebliche Niederkünfte durch. Davon entfielen auf die Zigarrenheimarbeiterinnen 4mal je eine Fehl-, 3mal je zwei Fehl- und 1mal eine Frühgeburt. Von den 19 Heimarbeiterinnen sind es 8 und von den 84 Fabrikarbeiterinnen 40. Daraus läßt sich auf eine ungünstigere Heim- oder Fabrikarbeit nicht schließen.

Während aber von den Zigarrenarbeiterinnen weniger als die Hälfte vergebliche Entbindungen durchmachten, waren es von den nur im eigenen Haushalt beschäftigten Frauen 26 von 30 Frauen. Auch in der Gesamtzahl der vergeblichen Niederkünfte stehen die nur den Haushalt versorgenden Frauen mit 52 Ereignissen bei 30 Frauen ungünstiger als die Zigarrenarbeiterinnen mit 91 Ereignissen bei 103 Frauen.

Das liegt aber nicht etwa in einer wesentlich längeren Ehedauer der nur den Haushalt versorgenden Ehefrauen begründet, denn es beträgt:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Das Durchschnittsalter	Die Zahl der Entbindungen durchschnittlich	Die Dauer der Ehe
Bei den Zigarrenarbeiterinnen (103)	33,4 Jahre	7,0	11,9 Jahre
„ „ nicht erwerbstätigen Ehefrauen (30)	35,7 „	7,7	13,0 „

Während nach dem Bericht der Badischen Fabrikinspektion über den Amtsbezirk Wiesloch vom Jahre 1913, dem Hauptsitz der badischen Tabakindustrie, 4,2 Aborte auf 100 Geburten bei einem Landesdurchschnitt von 3,25 kamen, kommen bei diesen 103 Tabakarbeiterinnen auf 100 lebendgeborene Kinder 14,6 vergebliche Schwangerschaften; bei den 30 nicht erwerbstätigen Ehefrauen sogar 28,5. Eine Erklärung für diese außerordentlich hohen Zahlen läßt sich nicht geben. Bei den Zigarrenarbeiterinnen kommen als mitwirkende Ursachen neben schlechter sozialer Lage fast in allen Fällen auffallend schwächliche Körperbeschaffenheit in Betracht, unterstützt in vielen Fällen durch Tuberkulose; aber auch Herz- und Nierenleiden, Struma, chronische Unterleibsleiden, Rachitis und in zwei Fällen Lues müssen für die zahlreichen vergeblichen Niederkünfte verantwortlich gemacht werden. Bei den nicht erwerbstätigen Ehefrauen lassen sich Rachitis, Tuberkulose, Lues und Unterleibsleiden nachweisen, wie denn überhaupt der Gesundheitszustand fast aller 150 Familien viel zu wünschen übrig läßt. Außer den 112 Familien, in denen Fälle von Tuberkulose vorhanden sind, können nur 12 Elternpaare als körperlich gesund bezeichnet werden. Rachitis, Herz-, Nieren-, Unterleibsleiden, Strumen und allgemeine Körperschwäche finden sich bei den Frauen. In neun Familien ist der allgemeine Gesundheitszustand, besonders auch der Frauen, als Folge der Trunksucht der Männer, indirekt ungünstig beeinflußt.

Kinder. Von den Frauen hatten vor der Ehe 51 Kinder, und zwar 44 je ein Kind, 6 je zwei Kinder, 1 drei Kinder. 21 Frauen brachten uneheliche Kinder mit in die Ehe. 39 hatten voreheliche Kinder, davon 9 auch schon je ein uneheliches. 9 Frauen sind zum zweiten Male verheiratet, 1 Frau zum dritten Male. 14 sind die zweite Frau des Mannes, 3 die dritte Frau.

Wie viele Frauen vorehelich empfangen und erst nach der Heirat geboren haben, ließ sich nicht feststellen.

Es wurden 1095 lebende Kinder im ganzen geboren, von denen bisher 445 = 40,64 Proz. wieder gestorben sind. Als Einfluß der Geburtenziffer ließ sich folgendes feststellen. Es starben von

150	Erstgeborenen bisher	62	= Erstgeborene	40,13	Proz.
150	Zweitgeborenen „	68	= Zweitgeborene . . .	40,53	„
143	Drittgeborenen „	57	= Drittgeborene	41,25	„
128	Viertgeborenen „	59	= Viertgeborene	46,09	„
116	Fünftgeborenen „	50	= Fünftgeborene	43,1	„
101	Sechstgeborenen „	47	= Sechstgeborene . . .	46,53	„
81	Siebentgeborenen „	35	= Siebentgeborene . . .	43,21	„
63	Achtgeborenen „	20	= Achtgeborene	31,74	„

Berücksichtigt man, daß in diesen Familien die Erst- und Zweitgeborenen infolge ihres größeren Alters der Möglichkeit zu sterben schon länger ausgesetzt sind als die später geborenen, so scheinen die später geborenen in bezug auf die Lebenserwartung ungünstiger dazustehen. Von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den über Sechstgeborenen an werden die absoluten Zahlen zu klein, um sie noch verwerten zu können. Ganz sicher stehen die Erstgeborenen nicht ungünstiger da als ihre jüngeren Geschwister.

Im ersten Lebensjahre starben 370 Kinder = 33,8 Proz., ein Satz, der über den Landesdurchschnitt Badens, der im Jahrzehnt 1903 bis 1912 durchschnittlich 17,9 betrug, erheblich hinausgeht und seine Erklärung in den ungünstigen Umweltverhältnissen der Kinder dieser Familien findet. 75 Kinder starben nach Vollendung des ersten Lebensjahres, davon 67 im Alter von 1 bis 6 Jahren, 3 im Alter von 6 bis 14 und 5 über 14 Jahre alt.

Folgende Tabelle gibt Auskunft über Alter, Geschlecht und Todesursachen der verstorbenen Kinder.

Alter	Darmerkrankungen		Tuberkulose		Pneumonie		Gichtern		Herzleiden		Masern		Diphtherie		Rachitis		Lebensschwäche		Meningitis		
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
— 4 Woch.	11	10	6	3	—	1	4	—	2	3	—	—	—	1	—	—	9	4	—	—	54
— 3 Mon. .	35	22	1	6	1	3	1	10	2	2	—	—	2	1	—	—	2	3	2	1	94
— 1 Jahr .	42	31	15	16	13	16	19	13	3	6	5	—	—	1	3	2	4	2	5	3	199
— 6 „ .	5	3	6	4	13	14	1	1	1	—	5	1	4	1	2	2	—	—	—	2	65
— 14 „ .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3
+ 14 „ .	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
	93	66	31	32	27	34	25	24	8	11	11	1	6	4	5	5	15	9	7	6	420

Aus anderen Ursachen starben von den männlichen Kindern 2 Säuglinge an Lues, 1 als Krüppel, 1 verunglückte tödlich als Schüler, 5 Söhne fielen im Felde und 1 verübte Selbstmord. Bei 5 ist die Todesursache unbekannt.

Von den weiblichen Kindern 2 Säuglinge an Lues, 2 als Krüppel, 1 Mädchen an Mundfäule (?), 1 Kind an einer eitrigen Erkrankung des Kopfes. 4 Todesursachen blieben unbekannt.

Von 445 bisher gestorbenen Kindern starben 159 = 35,8 Proz. an Darmerkrankungen, 63 = 14,2 Proz. an Tuberkulose, 61 = 13,7 Proz. an Pneumonie, 49 = 11,0 Proz. an Gichtern.

Die gewonnenen Zahlen sind zu klein, um sie mit anderen Ergebnissen vergleichen zu können. Immerhin ergibt sich doch, daß die Darmerkrankungen an der Spitze stehen. Es sei nur darauf hingewiesen, daß sich unter den Darmerkrankungen im Säuglingsalter nicht selten andere Erkrankungen verstecken, so daß mit dieser Diagnose, zumal sie ja in vielen Fällen bei den Säuglingen nicht vom Arzt stammt, nicht viel anzufangen ist. Das gleiche gilt auch von der Diagnose der Tuberkulose, besonders in den ersten 4 Wochen. Immerhin ist es kein Wunder, daß in einer so stark mit Tuberkulose verseuchten Umgebung mehr Säuglinge an Tuberkulose sterben als sonst im allgemeinen. Nachdrücklich sei auf die zahlreichen Todesfälle an Erkrankungen der Atmungswege hingewiesen, da auf diese Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindesalter zu wenig Rücksicht bei den allgemeinen Fürsorgemaßnahmen genommen wird, wie kürzlich auch Gottstein[1]) hervorgehoben hat.

[1]) Gottstein, Zur Statistik der Lungenentzündungen im Säuglingsalter vom Standpunkt der Fürsorge. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz, 11. Jahrg., Heft 11/12.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die folgende Tabelle gibt die Stillzeit aller Kinder an, und zwar getrennt 1. für die gestorbenen, 2. für die lebenden (gesunden und kränklichen zusammen) und 3. für die lebenden gesunden allein.

Stillzeit	Gestorbene		Lebende (gesunde und kränkliche)		Lebende Gesunde	
	Absolut	Proz.	Absolut	Proz.	Absolut	Proz.
Nicht gestillt	84	= 19,0	59	= 9,2	18	= 7,0
Bis 2 Wochen	26	= 5,8	14	= 2,2	2	= 0,8
„ 4 „	43	= 9,7	41	= 6,4	14	= 5,4
„ 6 „	57	= 12,8	59	= 9,2	18	= 7,0
„ 8 „	35	= 7,9	45	= 7,0	9	= 3,5
„ ¼ Jahr	88	= 19,8	149	= 23,3	62	= 24,0
„ ½ „	54	= 12,1	91	= 14,2	35	= 13,5
„ ¾ „	29	= 6,5	43	= 6,7	23	= 8,8
„ 1 „	21	= 4,7	87	= 13,6	49	= 19,0
„ 1½ „	6	= 1,3	33	= 5,2	20	= 8,0
„ 2 „	2	= 0,4	19	= 3,0	9	= 3,5

Noch deutlicher wird der günstige Einfluß des Stillens auf die Lebens- und Gesundheitserwartung, wenn die Stillzeiten, wie in der folgenden Tabelle, zusammengezogen werden.

Stillzeit	Gestorbene	Lebende (gesunde und kränkliche)	Lebende Gesunde
	Proz.	Proz.	Proz.
Nicht gestillt	19,0	9,2	7,0
Bis 8 Wochen	36,2	24,8	16,7
¼ bis 2 Jahre	44,8	65,0	76,8
½ „ 2 „	25,9	42,6	52,8
¾ „ 2 „	13,0	28,4	39,3
1 „ 2 „	6,5	21,9	30,5
1½ „ 2 „	1,8	8,1	11,5

Daraus geht hervor, daß von der Stilldauer nicht nur die allgemeine Lebensaussicht abhängig ist, sondern daß, je länger die Kinder gestillt sind, desto größer ihre Aussicht ist, gesund zu bleiben.

Um nun zu zeigen, daß ein erheblicher Teil der gestorbenen Kinder erst nach dem Abstillen den verschiedenen Erkrankungen erlegen und nicht etwa während der Stillzeit gestorben ist, so daß durch den Tod die Stillzeit abgekürzt wurde, diene folgende Tabelle.

Gestorben sind als Säuglinge im Alter über 3 Monate bis zu 1 Jahr von Kindern, die nicht oder nur bis zu 3 Monaten gestillt wurden, an

Darmerkrankungen	Tuberkulose	Pneumonie	Gichtern	Herzleiden	Masern	Diphtherie	Rachitis	Lebensschwäche
59	18	17	16	7	3	—	1	6
dagegen								
22	11	12	12	3	2	3	6	1

die ½ Jahr und länger gestillt wurden.

Daraus ergibt sich als Gesamteindruck eine wesentlich höhere Gefährdung der nicht oder nur kurze Zeit gestillten Kinder im ersten Lebensjahre. Folgende Tabelle zeigt, daß mit der längeren Stilldauer für die Kinder die Aussicht, gesund zu bleiben, wächst.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von 59	nicht gestillten Kindern blieben bisher	18	gesund	=	30,5	Proz.
„ 159	2 bis 8 Wochen gestillten Kindern blieben bisher .	43	„	=	27,0	„
„ 422	¼ bis 2 Jahre „ „ „ „ .	198	„	=	47,0	„
„ 182	¾ „ 2 „ „ „ „ .	101	„	=	56,1	„

Gründe für das Nichtstillen bei den Müttern.

24 Mütter stillten überhaupt nicht, davon:
6 „ wegen Arbeit in der Zigarrenfabrik,
9 „ konnten keinen Grund angeben,
2 „ hatten angeblich keine Milch,
4 „ ließen es mit Rücksicht auf ihre Tuberkulose;
1 Mutter wegen Arbeit in einer Munitionsfabrik,
1 „ war körperlich zu schwach,
1 „ hatte keine Lust.

70 Mütter stillten unzulänglich nur bis zu 8 Wochen, und zwar:
31 „ wegen Arbeit in der Zigarrenfabrik,
14 „ hörten mit Rücksicht auf ihre Tuberkulose auf,
1 Mutter wegen Beschäftigung in der Bäckerei,
1 „ „ „ als Näherin,
1 „ „ „ als Monatsfrau,
1 „ „ „ in der Munitionsfabrik,
4 Mütter hörten auf wegen Versagens der Milch,
1 Mutter hatte keine Lust, länger zu stillen,
16 Mütter konnten keinen Grund angeben.

Es ist nun versucht, festzustellen, ob der Geburtenabstand auf die Lebenserwartung von Einfluß ist. Um möglichst große Zahlen zu gewinnen, wurde auch der Geburtenabstand bei den Geschwistern der Eltern ermittelt. Es wurden getrennt in den je 150 Väter-, Mütter- und Kindergruppen die Geschwister nach einem unter oder über 2 Jahren liegenden durchschnittlichen Geburtenabstand. Die Geschwisterzahlen von je mehr als 10 in den einzelnen Familien wurden getrennt aufgeführt, gehören jedoch alle in die Gruppe mit einem unter 2 Jahren liegenden Geburtenabstand.

								Gestorben		
1. Geschwister der Väter allein:										
Von 443	unter	2	Jahr	Abstand	geborenen	bis einschl.	10 . . .	219	= 49,4	Proz.
„ 446	„	2	„	„	„	über	10	260	= 58,3	„
„ 889	„	2	„	„	„	zusammen	. . . . .	479	= 53,9	„
2. Geschwister der Mütter allein:										
Von 456	unter	2	Jahr	Abstand	geborenen	bis einschl.	10 . . .	218	= 47,8	Proz.
„ 485	„	2	„	„	„	über	10	242	= 49,9	„
„ 941	„	2	„	„	„	zusammen	. . . . .	460	= 48,9	„
3. Geschwister der Kinder allein:										
Von 751	unter	2	Jahr	Abstand	geborenen	bis einschl.	10 . . .	292	= 38,9	Proz.
„ 211	„	2	„	„	„	über	10	101	= 47,9	„
„ 962	„	2	„	„	„	zusammen	. . . . .	393	= 40,9	„
4. Geschwister der Eltern zusammen:										
Von 899	unter	2	Jahr	Abstand	geborenen	bis einschl.	10 . . .	437	= 48,6	Proz.
„ 931	„	2	„	„	„	über	10	502	= 53,9	„
„ 1830	„	2	„	„	„	zusammen	. . . . .	939	= 51,3	„
5. Eltern- und Kindergeschwister zusammen:										
Von 1650	unter	2	Jahr	Abstand	geborenen	bis einschl.	10 . . .	729	= 43,7	Proz.
„ 1142	„	2	„	„	„	über	10	603	= 51,9	„
„ 2792	„	2	„	„	„	zusammen	. . . . .	1332	= 47,7	„
Von 168	über	2	Jahr	Abstand	geborenen	Vätergeschwistern	. .	60	= 35,7	Proz.
„ 162	„	2	„	„	„	Müttergeschwistern	.	38	= 23,5	„
Von 330	über	2	Jahr	Abstand	geborenen	Väter- und Mütter-geschwistern	. . . .	98	= 29,6	Proz.
„ 133	„	2	„	„	„	Kindern	. . . . .	52	= 39,1	„
Von 463	über	2	Jahr	Abstand	geborenen	Väter- u. Mütter- u. Kindergeschwister	. .	150	= 32,4	Proz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es starben bisher aus den Familien der:

	Väter	Mütter	Kinder
Von unter 2 Jahr Abstand bis zu 10 Kindern	49,4	47,8	38,9
„ „ 2 „ „ über 10 Geschwister . . .	58,3	49,9	47,9
„ „ 2 „ „ zusammen	53,9	48,9	40,9
„ über 2 „ „ geborenen Kindern	35,7	23,5	39,1

Die Ergebnisse bei den Geschwistern der Väter, Mütter und Kinder lassen sich nicht ohne weiteres vergleichen. Es ist zu berücksichtigen, daß die Geschwister aus den Mütterfamilien durchschnittlich etwas jünger sind als die aus den Väterfamilien. Dieses und die an sich frühere Sterblichkeit der Väter selbst würde für den Unterschied in der durchschnittlichen Sterblichkeit bei Vätern und Müttern als Erklärung ausreichen. Es ergibt sich, daß von den unter 2 Jahr Abstand geborenen Geschwistern diese in den Familien mit über 10 Kindern am ungünstigsten dastehen; dagegen haben bei Vätern und Müttern die Geschwister aus den Familien mit einem größeren Geburtenabstand als 2 Jahren die günstigsten Lebensaussichten. Wenn bei den Kindern dieser Unterschied nicht klar hervortritt, liegt es daran, daß es sich um Kinder aus Familien handelt, in denen die Kindererzeugung in vielen Fällen noch nicht abgeschlossen ist, ja in einer Zahl der Familien erst im Anfang steht.

Die lebenden Kinder. Altersklassenverteilung nach Geschlecht.

Alter	Männl.	Weibl.	Alter	Männl.	Weibl.
Bis 1 Jahr	43	49	6 bis 14 Jahre . . .	123	110
1 bis 6 Jahre	104	94	Über 14 Jahre . . .	63	54

Von diesen 640 lebenden Kindern sind 259 = 40,5 Proz. als völlig gesund anzusehen, dagegen sind 381 = 59,5 Proz. kränklich, und zwar sind 168 in der Entwickelung zurückgeblieben, elend und blaß, darunter 21, die mit Wahrscheinlichkeit als auf Tuberkulose verdächtig angesehen werden müssen; 74 litten häufig an Katarrhen der Luftwege und Lungenentzündungen, 76 wiesen deutliche Zeichen der Rachitis auf, 35 leiden an Tuberkulose, darunter 4 an Knochentuberkulose, 15 sind stark unterernährt, 6 leiden an Hautausschlägen, 6 sind geistig zurückgeblieben und 1 Kind ist verkrüppelt.

In 43 Familien war kein einziges als gesund zu bezeichnendes Kind.

Tagsüber waren die kleinen Kinder unter Aufsicht der Mutter in der elterlichen Wohnung in 50 Familien. Ohne Aufsicht in der elterlichen Wohnung waren sie in 36 Familien; in 7 davon wurden sie vor Schmutz starrend angetroffen. In 2 Familien hielten sich die Kinder tagsüber in des Vaters Werkstätte auf, von denen ein Vater an Lungentuberkulose litt. In 9 Familien wurden die kleinen, noch nicht schulpflichtigen Geschwister von älteren Schwestern tagsüber beaufsichtigt. In 15 Familien standen sie tagsüber unter der Aufsicht von Großmüttern, und zwar 12mal der Mütter der Mütter und 3mal der Mütter der Väter. Von diesen Großmüttern war eine geisteskrank, eine überaus schmutzig und eine blind. Nur aus 7 Familien kamen tagsüber die Kleinkinder in eine Krippe oder Kleinkinderschule. Aus 5 Familien wurden tagsüber die Kleinkinder gegen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bezahlung zu anderen Frauen in Pflegestellen gebracht. Von diesen Frauen litt eine an Tuberkulose und eine war sehr unsauber. Die Kleinkinder von 2 Familien wurden ohne Entgelt von Nachbarsfrauen tagsüber mit beaufsichtigt.

Also rund in 100 Familien, gleich zwei Drittel aller in Betracht kommenden, mußten die Kinder tagsüber die Aufsicht, Erziehung und Pflege durch die eigenen Mütter entbehren. Von den Kleinkindern in den 36 Familien, die ohne Aufsicht in der elterlichen Wohnung blieben, waren die Kinder in 6 Familien während der außerhäuslichen Beschäftigung der Mutter eingesperrt. In 3 Familien ließen die Mütter ihre Kleinkinder den ganzen Tag im Bett liegen.

Es ergibt sich eine recht umfangreiche Gefährdung und Vernachlässigung der Kleinkinder. Da es sich meist um Kinder in dörflichen Gemeinden handelt, erklärt sich das Fehlen von Krippen und Kleinkinderschulen.

Wie eingangs berichtet, kamen diese 150 Familien durch die Geburt von Kindern zu der Säuglingsberatungsstelle in Beziehung.

Nur 24 Mütter besuchten die Mütter- und Säuglingsberatungsstelle regelmäßig, 12 Mütter kamen unregelmäßig, 114 Mütter kamen nur einmal oder gar nicht. Der Hauptgrund für das Fernbleiben war die der Mütter Zeit voll in Anspruch nehmende Erwerbstätigkeit.

Alle Familien wurden in regelmäßigem zwei- bis sechswöchigem Abstand von der Fürsorgeschwester in der Wohnung besucht. 109 Familien war dieser Besuch erwünscht, während er bei 41 Familien zwar geduldet wurde, aber wenig Gegenliebe fand. Von diesen 41 Müttern waren 22 zu faul, liederlich und schmutzig, um den Rat der Fürsorgeschwester zu befolgen. In 10 Familien verhinderte die Heimarbeit der Mütter die Durchführung der Ratschläge. 4 Mütter waren geistig zu wenig entwickelt, um die Anweisungen der Fürsorgeschwester verstehen und befolgen zu können. 2 Mütter glaubten alles besser zu verstehen und lehnten die Ratschläge ab. 2 Mütter erklärten, daß sie keine Kinder mehr groß ziehen wollten, und es lieber sähen, wenn die Kinder zugrunde gingen. 1 Mutter führte einen leichtsinnigen Lebenswandel und kümmerte sich nicht um ihren Säugling.

Es wurde nun versucht, die Fürsorgeschwester in jeder Familie aufzeichnen zu lassen, mit welchen hauptsächlichen Fragen die Mütter sich außerhalb der in erster Linie in Betracht kommenden Säuglingspflege an die Fürsorgerin wandten.

Da hat sich ergeben, daß die Frauen, sobald sie überhaupt zur Fürsorgerin Vertrauen gefaßt haben, mit allen ihren Sorgen und Nöten herauskommen und beraten sein wollen. Es handelt sich in erster Linie um die gesamten Lebensbedürfnisse der Kleinkinder in bezug auf Kleidung, Ernährung, Erziehung und Gesundheit. Immer wieder sind es Fragen, die mit der Rachitis, Tuberkulose, mit den Lungenentzündungen oder mit der geistigen Entwickelung zusammenhängen. Bald gibt die Behandlung eines Bettnässers, bald die eines an Darmschmarotzern leidenden, bald eines von häufigen Mandelentzündungen geplagten oder an Ohren- oder Nasenflusses leidenden Kindes Veranlassung zu Fragen. Für die älteren Kinder will man Ratschläge für die Erziehung, in Schulsorgen, für die Bettenverteilung, für die künftige Berufswahl. Die Mütter erkundigen sich, wo sie Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stützung bekommen können, um ihre kränklichen Kinder zur Erholung oder Genesung auswärts unterbringen zu können.

Besonders häufig werden Fragen gestellt, die mit dem Zeugungs- und Geschlechtsleben zusammenhängen. Die Frauen klagen über Jucken an den Genitalien (Tabakarbeiterinnen), über Scheidenausfluß, über Menstruationsbeschwerden, sie bitten um Ratschläge für ein zweckmäßiges Verhalten während der Schwangerschaft, besonders hinsichtlich des Geschlechtsverkehrs. Es zeigt sich, daß gerade in diesem Punkte von den Männern in vielen Fällen gar keine Rücksicht genommen wird, ja daß sogar in manchen Fällen bei schon vorgeschrittener Schwangerschaft ein möglichst heftig ausgeführter Geschlechtsverkehr als erwünschtes Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft angesehen wird. Immer wieder wird die Frage an die Fürsorgerin gestellt, oft auch nur versteckt, was man denn tun könne, um künftige Schwangerschaften zu vermeiden. Daran schließen sich die Klagen an über Mißhandlungen von seiten der Männer, besonders unter dem Einfluß des Alkohols. Oft werden die ganzen unglücklichen Eheverhältnisse aufgerollt. Dann wieder soll die Fürsorgerin raten, was mit dem übernervösen, jähzornigen, kranken Mann geschehen solle. Der eine Mann ist herz-, der andere nieren-, der dritte lungenleidend; die Schwester soll angeben, wie man den kranken Mann behandeln soll.

Einen großen Raum nehmen Fragen ein, die mit den besonderen Kriegsverhältnissen zusammenhängen, mit der Nahrungsmittelbeschaffung, der Kriegsunterstützung.

Die Berufs- und Verdienstverhältnisse werden eingehend erörtert. Immer wieder heißt es, wir haben keine Zeit für den Haushalt, wir müssen in die Fabrik und mitverdienen. Dabei herrscht oft eine große Unkenntnis über das Versicherungswesen, besonders über die Möglichkeit, sich bei der Heirat, wenn die Erwerbstätigkeit aufhört, freiwillig weiter zu versichern.

Eine unerfreuliche Erscheinung ist die nicht seltene Abneigung der Frauen, zu den Ärzten zu gehen. 26 Frauen weigerten sich, auf Anraten der Schwester sich an den Arzt zu wenden. Damit wird einer der wundesten Punkte im Rahmen des ganzen Fürsorgewesens berührt. Es kann hier bei der kleinen Zahl von befragten Familien schon bei der Unmöglichkeit einer objektiven Feststellung des Tatbestandes nicht auf Einzelheiten eingegangen werden. Auch wenn man eine Verallgemeinerung dieser bedauerlichen Tatsache ablehnt, läßt sich nicht leugnen, daß in der Gesamtfürsorge heute vielerorts damit, und andererseits mit einem weitgehenden Mißtrauen und mit ablehnendem Verhalten der Ärzte gegenüber allen Fürsorgeeinrichtungen gerechnet werden muß. Wie die Verhältnisse in der Tuberkulosefürsorge im besonderen liegen, schildert Harms[1]). In der Säuglingsfürsorge stehen die Dinge ähnlich. Es scheint, als wirken die Fürsorgeschwestern trennend — ob mit oder ohne ihre Schuld, soll in diesem Zusammenhange nicht untersucht werden —, einfach durch ihr Vorhandensein, anstatt ein Bindeglied zwischen Arzt und fürsorgebedürftigen Familien zu bilden. Hier muß in Anbetracht der ungeheuren Fürsorgeaufgaben möglichst bald ein Ausgleich gefunden werden. Arzt und Fürsorge-

[1]) Harms, Beitrag zu einer künftigen einheitlichen Entwickelung der Fürsorgestellen auf Grund der Mannheimer Organisation. Tuberkulosefürsorgeblatt N. 10. Jahrgang, 6. Oktober 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwester sind beide aus der Fürsorge schlechterdings nicht wegzudenken. Weder der Arzt kann die Aufgaben der Fürsorgerin leisten, noch diese den Arzt ersetzen. Beide haben auf dem gleichen Betätigungsfelde verschiedene Aufgaben zu erfüllen, die erst im Zusammenwirken die eigentliche Fürsorge ausmachen.

Sicher hat nun die einseitige spezialistische Ausbildung der Fürsorgerinnen für besondere Aufgaben, wie Säuglingsfürsorge, Tuberkulosefürsorge usf. die Schwierigkeiten unnötigerweise gesteigert. In der Säuglingsfürsorge sind die Verhältnisse deshalb so verwickelt, weil es sich bei der Beratung der Mütter in der Mehrzahl der Fälle um Säuglinge handelt, die noch nicht erkrankt, sondern nur durch falsche Pflege bedroht sind. Es kommt auch noch hinzu, daß die Mütter die Fürsorgesprechstunde, in welcher der Arzt seines Amtes waltet, in vielen Fällen gar nicht oder nur gelegentlich aufsuchen, also in ihren eigenen Wohnungen nur mit der Fürsorgerin in Berührung bei deren Hausbesuchen kommen. Wenn dann die Fürsorgerin Erfolge erzielt, wird ihr Selbstbewußtsein sicher gesteigert, und es gehört viel Klugheit und Takt dazu, daß sie ihre Leistungen nicht überschätzt. Zeigt etwa gar der Arzt in der Beratungsstelle nur geringe Anteilnahme an der Säuglingspflege, so wird eine berufsfreudige Fürsorgerin leicht verleitet, mit Rücksicht auf die Wohlfahrt der Kinder zu eigenmächtig vorzugehen. Dann ist an gedeihliches Zusammenarbeiten nicht mehr zu denken. Ein Ausweg ließe sich finden, wenn man nirgends früher eine Mütter- und Säuglingsberatungsstelle einrichtete, ehe nicht der ortsansässige Arzt im Bedarfsfalle sein Wissen in der Säuglingspflege durch einen Fortbildungskurs auf die augenblickliche Höhe gebracht hätte. Diese Fortbildungskurse müßten vom Staat ermöglicht werden. Denn erst wenn diese Voraussetzung gegeben ist, kann der zwischen Arzt und Fürsorgerin bestehende Konfliktstoff aus der Welt geschafft werden. Das zweite ist, wer die Fürsorgerin anstellt, muß auch den dazugehörigen Arzt für seine Mühewaltung entschädigen und muß die Tätigkeiten beider unter scharf umrissenen Gesichtspunkten abgrenzen. Die Fürsorgerin soll den Arzt in der Beratungsstunde unterstützen, soll die Durchführung seiner ärztlichen Verordnungen bei den Hausbesuchen überwachen und fördern. Dabei hat sie sich jeden eigenmächtigen Eingreifens in den ärztlichen Teil der Fürsorge zu enthalten; andererseits muß sie bei ihrer sozialen Fürsorgetätigkeit innerhalb der Familie selbständig aufbauend auf den vom Arzt gegebenen Anweisungen weiterarbeiten können.

Mit größtem Nachdruck hat die Arbeit der Fürsorgerinnen in den Familien zu geschehen. Die vorliegende Arbeit hat ja gezeigt, wie das wirkliche Leben keine Rücksicht nimmt auf die von verschiedenen Fürsorgeschwestern zu pflegenden einzelnen Arbeitsgebiete, sondern wie sich im Kreise der in Betracht kommenden Familien, wenigstens auf dem Lande, die einzelnen sozialen Krankheiten häufen. In diese 150 Familien kam die sogenannte Säuglingsfürsorgerin, weil ein neugeborenes Kind da war. Wenn sie die Fürsorge für dieses Neugeborene beginnen will, kann sie da an all den anderen Schädigungen im Wohnungswesen, in den Wohnsitten, in der Ernährung, Bekleidung, an der Tuberkulose, an der Trunksucht, an den Verhältnissen, wie sie durch Fabrik- oder Heimarbeit geschaffen werden, vorübergehen? Kann sie ganze Arbeit leisten, wenn sie die nicht ins

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gebiet der Säuglingsfürsorge fallenden Fragen entweder nur andeutend beantwortet oder sie sich merkt, um eine andere, zweite, dritte oder gar vierte Fürsorgerin in die gleiche Familie zu schicken?

Ich glaube, wer die oben angeführten Verhältnisse, wie sie eine Säuglingsfürsorgerin im wirklichen Leben in 150 Familien ihres ländlichen Bezirkes angetroffen hat, würdigt, muß zugeben, daß man nicht theoretischen Erwägungen zuliebe, die sich in der Hauptsache auf angebliche Ausbildungsschwierigkeiten stützen, dem Leben Gewalt antun soll. Zugegeben, daß es sich hier um einen besonders ungünstigen Bezirk handelt — bewiesen ist das nicht, weil keine ähnlichen Untersuchungen vorliegen —; in Berücksichtigung, daß es sich hier um einen ländlichen Bezirk mit einer auf verschiedene Dörfer verteilten Tätigkeit handelt, wer sagt uns denn, daß sich solche Verhältnisse unter der jetzt herrschenden Not nicht überall in Stadt und Land wiederholen können, ja daß sie nicht in breiten Kreisen unseres so schwer erschütterten Volkes das Gewöhnliche sein werden?

Sind unsere Fürsorgerinnen, wie sie jetzt ausgebildet werden, solchen Verhältnissen gewachsen? Sie leisten als Spezialistinnen auf einem Sondergebiet viel Tüchtiges, aber als das, als was sie das Volk braucht, als Gesamtfürsorgerin, als Familienfürsorgerin, werden sie ihren Aufgaben bei der heutigen Ausbildung nur selten gewachsen sein. Über dem theoretischen und praktischen Sonderwissen auf Spezialgebieten ist in der Ausbildung die Betätigung zur Minderung und Bekämpfung der Nöte des Allgemeinlebens vernachlässigt.

Johann Peter Frank.

Von Prof. Dr. Abel, Jena.

Am 24. April 1821 starb Johann Peter Frank, der mit seinem sechsbändigen, von 1779 bis 1817 herausgegebenen „System einer vollständigen medizinischen Polizei“ die erste enzyklopädische Darstellung des Aufgabenkreises der Öffentlichen Gesundheitspflege gegeben hat. Die Erfahrungen eines reichen und bewegten Lebens, das den in der Pfalz geborenen Verfasser als Professor, Krankenhausleiter, Organisator gesundheitlicher Einrichtungen u. a. nach Göttingen, Pavia, Wien, Wilna, Petersburg führte, haben in dem Werke ihren Niederschlag gefunden. Umfassendes Wissen, staunenswerte Belesenheit, folgerichtige Durchführung eines einheitlichen Gedankenganges haben ihm bis heute einen Ehrenplatz in dem hygienischen Schrifttum gesichert.

„Die Lehre, den gesunden Zustand des Körpers durch eine kluge Lebensart zu erhalten, die Krankheiten von ihm abzuwenden und seine Tage, solange es die Gesetze der Sterblichkeit gestatten, zu fristen, oder die Hygiene, die Diätetik, die Prophylaktik ist eine der wichtigsten für das Menschengeschlecht.

„Die medizinische Polizei ist, weil es unendlich leichter ist, den psychischen Unfällen vorzubauen, als dieselben, wenn sie einmal eingetroffen sind, zu heben, der wichtigste, der edelste, obschon der am längsten vernachlässigte Teil der Heilkunde. Die Hälfte der Volkskrankheiten, besonders

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der ansteckenden, kommt gewiß auf Rechnung der vernachlässigten Vorkehrungsmaßregeln. Die in einem Lande gehörig aufgestellten Ärzte sind die natürlichsten Wächter des öffentlichen Gesundheitswohles."

„Wenn in den Volksschulen anstatt der so vielen, für den zukünftigen Landmann oder Handwerker ganz überflüssigen Gegenstände, wichtige, wenn auch ganz einfache Begriffe von den Pflichten gegen sich, ihre Mitmenschen und Haustiere, vor allem, was ihre eigene und die öffentliche Gesundheit betrifft, erteilt; wenn den schädlichsten Vorurteilen inzeiten vorgebogen, und wenn endlich die Schädlichkeiten, welche stündlich unser Leben bedrohen, sowie die Wege, worauf wir ihnen auszuweichen vermögen, bekannt gemacht würden: dann erst könnte man erwarten, daß die öffentlichen Gesundheitsanstalten höher geachtet, genauer befolgt und die Vorzüge wahrer Heilkünstler vor den Afterärzten besser erkannt werden mögen. Selbst Männer von sonst vieler Einsicht, Rechtsgelehrte, Beamte und selbst Minister sind nur zu oft in allem, was den Bau und die Verrichtungen ihres eigenen Körpers, was die natürlichen Gesetze, welchen dieser bei gesundem und krankem Zustande gehorcht, und was die Ursachen seiner frühzeitigen Zerrüttungen betrifft, so wenig bewandert, daß es kein Wunder ist, wenn ihnen der Wert der Heilkunst so wenig bekannt ist."

Diese wenigen Sätze mögen zur Kennzeichnung der Richtung, in der Frank seine Ziele sucht, genügen: Die Fürsorge für die Gesundheit des Volkes ist eine der bedeutungsvollsten und wesentlichsten Aufgaben des Staates, wie auch immer seine politische Verfassung sein mag. Die Ärzte sind die unentbehrlichen Helfer des Staates dabei. Aber nur in einem sachgemäß aufgeklärten Volke werden hygienische Aufgaben und Bestrebungen fruchtbaren Boden finden können. Ganz klar, wenn auch der Sitte der Zeit gemäß in recht wortreichen Darlegungen, sind also Wert, Hilfsmittel und Wirkungsbedingungen der öffentlichen Gesundheitspflege herausgestellt.

Bewundernswert ist nun, in wie eindringlicher Weise Frank alle Verhältnisse des menschlichen Lebens in ihren Beziehungen zur Volksgesundheit durchforscht und die Möglichkeiten der Besserung aufzeigt. Die „politische Arithmetik", die Statistik findet volle und vielfache Würdigung als Unterlage für die Beurteilung von Massenerscheinungen. Die Bevölkerungspolitik wird nach den verschiedensten Richtungen besprochen, auch in rassenhygienischer Hinsicht. Erziehung der weiblichen Jugend mit Leibesübungen und zweckmäßiger Kleidung, ärztliche Untersuchung vor der Eheschließung, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wegen ihrer Gefahren für die Nachkommen, Besteuerung von Hagestolzen zur Unterstützung von Ehen Unbemittelter und von unehelichen Kindern, Vermeidung von Frühehen, Verbesserungen im Hebammenwesen, Förderung des Selbststillens u. a. m. werden erörtert. Säuglingshygiene, Anlage der Schulgebäude, gesundheitsgemäße Einteilung des Schulunterrichts, Pflege der Gymnastik einschließlich militärischer Vorübungen werden ebenso wie Ernährung und Nahrungsmittel, Alkoholmißbrauch, Trinkwasserversorgung, Wohnung, Beseitigung der Abfallstoffe, Leichenwesen usw. abgehandelt. Auch die Maßnahmen gegen Unglücksfälle allerlei Art, die Hilfe bei Scheintod und schließlich die gerichtlich-medizinisch wichtigen Gesundheitsschädigungen werden besprochen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die selbstgestellte Aufgabe, dem Staate zu zeigen, wo und wie er einsetzen könne, um die Gesundheit der Bürger und damit sein größtes Gut zu schützen und zu mehren, hat Frank voll zu erfüllen verstanden. Seine Vorschläge gehen von der ärztlichen Erfahrung aus. Neue Erkenntnisse durch das Experiment zu erschließen, wie etwa sein Zeitgenosse Lavoisier es getan hat, lag nicht in seiner Arbeitsrichtung. Diesen und jenen von seinen Gedanken hat er selbst zu verwirklichen gesucht, vieles andere hat die Folgezeit in die Praxis umgesetzt. Nicht weniges harrt aber auch heute noch der Durchführung, und ehrlich muß man z. B. gestehen, daß wir in der hygienischen Aufklärung der Bevölkerung, deren Wichtigkeit schon Frank so scharf betont, noch ganz rückständig sind zum Schaden des Fortschreitens der Volkshygiene. Ist auch natürlich gar manches in Franks Anschauungen veraltet und wertlos geworden, so mutet uns doch vieles in seinem Werke ganz neuzeitlich, jugendfrisch und auch heute noch beherzigenswert an. Als eines Vorkämpfers der Öffentlichen Gesundheitspflege durfte Franks bei der hundertsten Jährung seines Todestages an dieser Stelle nicht vergessen werden.

Besprechungen.

G. Deycke. Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose. Berlin, J. Springer, 1920.

Unter den kleineren Werken über Tuberkulose, von denen uns die letzten Jahre mehrere gebracht haben, nimmt das Deyckesche Buch einen sehr guten Platz ein. Der bekannte Verfasser will damit in erster Linie den praktischen Ärzten aus seinem reichen Schatz an Erfahrungen über die uns jetzt mehr denn je bedrohende Volkskrankheit Tuberkulose mitteilen. Aber auch der Arzt, der der Bekämpfung der Tuberkulose sich hauptamtlich widmet, und der Facharzt für die anderen ärztlichen Disziplinen wird mit Nutzen und Genuß ein Buch lesen, das, in fließendem und gutem Deutsch geschrieben, ihm den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Lungentuberkulose und in kurzen Zügen von der übrigen gesamten Organtuberkulose plastisch vermittelt. Der Leser soll, so will es der Verfasser, das Werk als Ganzes lesen und verarbeiten, nicht nur darin blättern und nachschlagen; und die klare Sprache Deyckes, bar aller überflüssigen, dem Praktiker nicht immer geläufigen Fachausdrücke, kommt diesem Wunsche in bester Weise entgegen. Es tut dem Werte des Buches auch keinerlei Abbruch, daß man der subjektiven Beurteilung, die der Verfasser manchen Allgemeinfragen entgegenbringt, nicht immer völlig nachzukommen vermag. Das Buch trägt seine persönliche Note mit Recht; verfügt doch sein Verfasser über ausgedehnte Erfahrungen, die er in jahrelanger ärztlicher Tätigkeit innerhalb und außerhalb Deutschlands sammeln konnte.

Auf einen kurzen geschichtlichen Überblick folgen die Abschnitte über den Erreger der Tuberkulose, seine Übertragung und Ansteckungswege, die durch ihn hervorgerufenen pathologisch-anatomischen Veränderungen und über die Tuberkulose als Volksseuche. Gerade diese Abschnitte, die in prägnanten Zügen von den Formen und Eigenschaften des Tuberkelbazillus und seiner verwandten Arten, Körnchenbildung, chemischer Struktur, Antiforminfestigkeit, seiner Züchtung, den Tierimpfungen und Desinfektionsmitteln über das Tuberkulin zu den Fragen über die Ansteckung, Übertragung und die Infektionswege führen, zeigen Deycke als guten und kritischen Kenner einer Materie, die dem reinen Kliniker sonst etwas ferner zu stehen pflegt. Dasselbe gilt von dem kurzen Abschnitt über die allgemeine pathologische Anatomie.

Den Hauptinhalt des Buches bildet die Klinik der Lungentuberkulose. Was in den einzelnen Abschnitten über Diagnose, Prognose, klinische Verlaufsart und Behandlung gesagt ist, erfährt bei aller Kürze und Knappheit eine so vielseitige Berücksichtigung, daß man etwas Wesentliches kaum vermissen wird. In der ganzen Art, wie zu der so enormen Fülle der klinischen Tatsachen und Fragen kritisch und abwägend Stellung genommen wird, zeigt sich das große und ausgereifte Wissen des erfahrenen Klinikers.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der spezifischen Behandlung tritt die Behandlung mit Tuberkulin gegenüber dem Partigenverfahren leider etwas in den Hintergrund, was sich aus der Stellungsnahme Deyckes, dem Mitbegründer des Partigenverfahrens, zu letzterem erklärt. Seinen Anschauungen über den Wert der Partigenbehandlung wird man nicht überall ganz zu folgen vermögen.

Der Abschnitt über die übrige Organtuberkulose, über die akute allgemeine Miliartuberkulose und über die Beziehung der Tuberkulose zum Kindesalter weist knapp und klar auf die Hauptgesichtspunkte in klinischer Hinsicht hin und hebt ihre Bedeutung im einzelnen hervor.

Das Buch ist als Kompendium geschrieben, enthält aber in seinem gediegenen und reichen Inhalt weitaus mehr, als man von einem kurzgehaltenen Lehrbuch gewöhnlich erwartet. Fürbringer (Heilstätte Römhild).

Francke und Bachfeld. Die Meldepflicht der Berufskrankheiten. Schriften aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene, herausgegeben vom Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. Neue Folge, Heft 6. 1921.

Der Leiter des Instituts für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. Dr. E. Francke und Sanitätsrat Dr. Bachfeld (Offenbach) verarbeiteten das Ergebnis einer Umfrage, die das Institut im Januar 1920 an eine Reihe von Sachverständigen, darunter Ärzte, Gewerbeaufsichtsbeamte, Industrielle und Gewerkschaftsvertreter gerichtet hatte, um die Frage der Meldepflicht der Berufskrankheiten zu klären.

Nach einer Zusammenstellung der bisherigen gesetzlichen Bestimmungen in verschiedenen Kulturländern bespricht Dr. Francke die auf die einzelnen Punkte des sorgfältig vorbereiteten Fragebogens eingegangenen Antworten. Alsdann wird von Dr. Bachfeld erörtert, welchen Weg das Verfahren der Meldepflicht zu nehmen hätte, um eine wissenschaftliche Grundlage zur Erforschung und Verhütung der Krankheit und zur Entschädigung der Erkrankten zu schaffen. Demgemäß schlägt er vor, die Meldung des behandelnden Arztes dem Kreizarzt (soweit besondere Gewerbeärzte nicht vorhanden sind) und diejenige des Arbeitsgebers der Gewerbeaufsichtsbehörde, sowie gegebenenfalls der Berufsgenossenschaft zugehen zu lassen. Die Meldung sei binnen 24 Stunden zu erstatten. Die meldepflichtigen Berufserkrankungen sind behördlich festzulegen, wobei außer den gewerblichen Vergiftungen auch eine Anzahl von Infektionskrankheiten und von langsam entstehenden Folgen der gewerblichen Arbeit berücksichtigt werden müssen. Die Entschädigung wird sich ähnlich wie bei Berufsunfällen zu gestalten haben. Im Schlußwort weist Dr. Francke noch auf die Schwierigkeit der Diagnosestellung hin und will, wie auch andere Autoren, die Hilfe gewerbehygienischer Institute hierzu herangezogen haben.

Die Schrift enthält eine Fülle von wertvollen Anregungen für den Gesetzgeber, der sich mit einer Regelung der Anzeigepflicht der Berufskrankheiten in Deutschland wohl alsbald beschäftigen wird, aus praktischen und finanziellen Gründen jedoch die Anzeigepflicht zunächst auf die noch am ehesten klar abgrenzbaren gewerblichen Vergiftungen beschränken dürfte, die ja auch von ganz besonderer Bedeutung sind. Selbst bei dieser Beschränkung aber muß die schon oft erhobene Forderung einer besseren Ausbildung der Ärzte auf diesem Gebiete auch hier wiederholt werden, damit die vorläufig noch bestehende Unsicherheit in der Erkennung der Krankheit verschwindet. In der Anstellung von fachlich geschulten Gewerbeärzten in allen Ländern Deutschlands wird zwar ein wesentlicher Fortschritt zu erblicken sein. Aber es ist auch notwendig, daß die gesamte deutsche Ärzteschaft im Verein mit den vorhandenen Amtsärzten der Gewerbehygiene und insbesondere dem Wesen der beruflichen Erkrankungen größere Aufmerksamkeit widmet als bisher, da ohne ihre Mitwirkung wenigstens in den größeren und industriereicheren Teilen des Reiches auch die Gewerbeärzte nicht hinreichen werden, um weiteren Anforderungen zum Wohle der gewerblichen Arbeiter gewachsen zu sein, deren Gesundhaltung einer der wesentlichsten Faktoren in dem Wiederaufbau des Vaterlandes ist.

Die ausgezeichnete Abhandlung bietet einen neuen Beweis des arbeitsfreudigen Ernstes, mit dem das Gewerbehygienische Institut in Frankfurt a. M. wichtige Fragen der Gewerbehygiene aufgreift und fördert, und verdient jede Anerkennung. Wer sich mit der Gewerbehygiene theoretisch oder praktisch zu befassen hat, wird die Arbeit mit Befriedigung und Gewinn lesen. Dr. Frey, Direktor im Reichsgesundheitsamt.

Med.-Rat Dr. Josef Graßl. Deutschlands Wiedergeburt. Berlin, Ferdinand Dümmler, 1920. 16 M., geb. 20 M.

Ein bitterernster und doch auch tröstender Mahnruf ist dieses Buch. Es legt uns die unheilvollen Kräfte dar, die den stolzen Stamm der deutschen Eiche im Kern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bereits faulen ließen, ehe der Sturmwind des Großen Krieges ihn niederbrach. Es zeigt uns aber auch den neuen Keim, der aus dem gefällten Riesen aufwachsen kann, wenn wir ihn pflegen und betreuen. Nur reine Hände werden dies vollbringen. Darum gilt vor allem eine sittliche Wiedergeburt des deutschen Volkes. Freilich wird schon der Zwang der Friedensbedingungen die Überschätzung materieller Güter, die Sucht nach schrankenlosem Genuß stark herabsetzen und gesunde Einfachheit in der Wirtschaftsführung uns vorschreiben. Aber erst aus dem Schoße der Vollfamilie wird uns die Kraft erblühen, unseren Platz im Leben der Völker einstmals wieder einzunehmen. Denn Unnatur bei dem rassentüchtigen deutschen Volke war die Zwergfamilie, die wesentlich dem allbeherrschenden Materialismus ihre Entstehung verdankte und durch ihre Ichsucht die starken Wurzeln der Volkskraft abgrub. Der gute Geist der Familie aber ist die Mutter. Ihr entsprießt die Zukunft. Sie gebäre Kinder in reichlicher Zahl, stille sie selbst, ziehe sie auf und erziehe sie, übe den segensvollen Beruf der Hausfrau, indem sie bei der im Hauswesen nötigen Arbeit selbst angreift, und schaffe sich überhaupt im allgemeinen Wirtschaftsleben den Platz, den sie einnahm, bevor die dunklen Gewalten Mammons über die Seele unseres Volkes die Herrschaft gewannen.

Unter diesen Voraussetzungen sieht der Verf. die Wiederaufrichtung unseres Vaterlandes voraus.

Das ernste, von aufbauendem, mutvollem Glauben durchdrungene Buch sei jedem empfohlen, der an der Wiedergesundung Deutschlands mitarbeiten und in diesen schweren Zeiten sich erheben will. Gegenüber dem sittlich hohen Wert der Schrift wollen wir über Einzelheiten nicht rechten.

Ratsam wäre eine Massenverbreitung in verkürzter, das Wichtige noch schärfer hervorhebender Fassung. Dr. Frey, Direktor im Reichsgesundheitsamt.

Dr. L. Pohle. Die Wohnungsfrage. Zwei Bändchen. I. Das Wohnungswesen in der modernen Stadt. II. Die städtische Wohnungs- und Bodenpolitik. Sammlung Göschen, Nr. 495/96. 280 S. Berlin und Leipzig, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Walter de Gruyter & Co. 4,20 M. pro Band.

Die Fülle des Stoffes dieser beiden kleinen Bändchen ist erstaunlich. In allerdings gedrängter Form werden alle Fragen des Wohnungswesens berührt und dabei einer bisweilen scharfen Kritik unterzogen. Die Wohnungsreformer werden keine Freude an der Arbeit haben. Im ersten Bändchen werden Städtewachstum und Wohnungswesen, Entwickelung und Ursachen besprochen und mit den englischen und nordamerikanischen Verhältnissen verglichen, wobei der Vergleich keineswegs zugunsten Deutschlands ausfällt. Bei der Erörterung über die Frage Kleinhausbau oder Mietskaserne kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß es, wie überall, so auch auf dem Gebiete des Wohnungswesens ein absolutes, einzig und allein berechtigtes Ideal nicht gibt, und daß hier neben den wirtschaftlichen und hygienischen Fragen hauptsächlich auch die sozialen und politischen ausschlaggebend sein werden. Sie sind es, die auf Angebot und Nachfrage auf dem Wohnungsmarkte mit einwirken. Dabei wird der Privatbautätigkeit eine größere Rolle zuerkannt als der gemeinnützigen, und die Forderung aufgestellt, daß ihre Entfaltung in weitgehendster Weise erleichtert wird.

Die kommunale Wohnungs- und Bodenpolitik kommt im zweiten Bande zur Sprache. Nach allgemeinen Betrachtungen über Bodenspekulation und Einfluß des Bodenpreises auf die Wohnungsfrage, Mieten und Bauweise wird der städtische Grundstückshandel und seine Wirkung auf das Wohnungswesen und die Nutzbarmachung des städtischen Grundbesitzes mit Hilfe des Wiederkaufs- und Erbbaurechts einer kritischen Betrachtung unterzogen. Der Verf. kommt zu dem Schluß, daß dies rein politische Fragen sind, die mit wissenschaftlichen Betrachtungen nichts zu tun haben. Zum Schluß verbreitet er sich über das Wohnungselend und seine Bekämpfung durch die Wohnungspflege. Es wird betont, daß der Erlaß von Wohnungsordnungen ohne gleichzeitige Einrichtung von Wohnungsaufsicht eine halbe Maßregel sei, zugleich aber davor gewarnt, große Erwartungen an diese Einrichtung zu knüpfen, da sie sich, zumal jetzt, doch nie erfüllen können.

In den Schlußbetrachtungen erfahren wir, daß wir uns in den letzten Jahren vor dem Kriege in einer erfreulichen Aufwärtsbewegung befunden hatten, obwohl in den meisten Städten die Wohnungspreise erheblich in die Höhe gegangen waren, weil sich eben bei der arbeitenden Klasse infolge der gleichfalls gestiegenen Löhne das Bedürfnis nach Wohnungsverbesserung qualitativ und quantitativ geltend machte.

Diese Betrachtung läßt uns unsere jetzige trostlose Lage nur um so tiefer empfinden, da bei den obwaltenden Verhältnissen an eine Besserung in absehbarer Zeit nicht gedacht werden kann. Sauerteig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

C. Dorno. Klimatologie im Dienste der Medizin. 74 S. Braunschweig, Friedr. Vieweg & Sohn, 1920 (Sammlung Vieweg, Heft 50). 5 M.

Dieser Versuch, von seiten des Meteorologen die Arbeitsweisen der Klimatologie zu schildern und ihre Ergebnisse für den Arzt fruchtbar zu machen, ist warm zu begrüßen. Bei der immer wichtiger werdenden Ausnutzung klimatologischer Faktoren und Einflüsse für die Therapie muß eine nahe Verständigung zwischen Medizin und Meteorologie herbeigeführt werden, damit ein Hand-in-Hand-Arbeiten sich entwickelt.

Abel.

---

v. Noorden und Salomon. Handbuch der Ernährungslehre. Bd. 1. Allgemeine Diätetik. 1237 S. Berlin, J. Springer, 1920.

Als erster Band eines Handbuches der Ernährungslehre erscheint in der von Langstein, v. Noorden, Pirquet und Schittenhelm herausgegebenen Enzyklopädie der klinischen Medizin das im Titel genannte Werk über allgemeine Diätetik. Es ist ein großer Gewinn für die gesamte Ernährungslehre, daß der in ihr so außerordentlich erfahrene v. Noorden und sein langjähriger Mitarbeiter Hugo Salomon sich zur Herausgabe dieses umfangreichen Werkes entschlossen haben. Der Ref. ist natürlich nicht imstande, ein Werk von solcher Größe von S. 1 bis 1237 durchzustudieren; er muß sich auf Stichproben bei strittigen Fragen oder ihn besonders interessierenden Abschnitten beschränken. Wie zu erwarten war, kann er dabei nur mit Freude die klare Darstellung sowohl wie die Selbständigkeit des Urteils und die reiche eigene Erfahrung der Verf. feststellen. Das Buch wird als ein für die Diätetik grundlegendes den sich damit beschäftigenden Ärzten — und deren Zahl wächst mit der heute allgemeinen Zuwendung zu den natürlichen Heilfaktoren ständig — unentbehrlich sein.

Den Reichtum des Inhaltes mag eine kurze Stoffangabe verdeutlichen. Einer Übersicht der Nährstoffe folgt zunächst eine Behandlung der einzelnen Nährstoffe, wobei auch das Wasser im Körperhaushalt und die Mineralstoffe ebenso wie die Lipoide, die organischen Säuren und der Alkohol neben der alten Trias der Eiweißstoffe, Kohlehydrate und Fette erörtert werden. Abschnitte über den Kalorien- und Eiweißumsatz schließen sich an. Dann wird unter dem von Paul eingeführten Namen Bromatik eine Darstellung der einzelnen Nahrungsmittel und ihrer diätetischen Verwendung und Bedeutung gegeben, die allein 660 Seiten in Anspruch nimmt. Den Schluß macht ein großer Abschnitt über allgemeine Diätkuren, beginnend mit der Hygiene des Essens und Trinkens und die verschiedenen Kurarten umfassend, an den sich als Anhang die Ernährung im Greisenalter und die von Schwangeren usw. anschließt. Die Kinderernährung wird ein anderer Band des Handbuches bearbeiten. Abel.

M. Fürst. Die gesunde Wohnung und ihre sachgemäße Benutzung. 97 S. Leipzig, Quelle & Meyer, Naturwissenschaftliche Bibliothek, 1920. Geb. 6 M.

Der Verf. hat unter Benutzung eines Beitrages, den er seinerzeit für das Handbuch der praktischen Hygiene des Referenten geliefert hat, eine volkstümliche Belehrung über Wohnwesen und Wohnungsbenutzung verfaßt, die nach Inhalt und Preis ihrem Zwecke sicherlich gut dienen wird. Abel.

Wilhelmi. Die Kriebelmückenplage. 346 S. mit 23 Abbildungen im Text. Jena, Gustav Fischer, 1920.

Obgleich die Kriebelmückenplage auch in manchen Gegenden Deutschlands schon seit Jahren der Viehhaltung zeitweise recht erhebliche Schäden zugefügt hat, fehlten bislang umfassende und systematische Untersuchungen zur Erforschung und wirksamen Bekämpfung der Plage. Im Auftrage des preußischen Landwirtschaftsministeriums hat nunmehr Wilhelmi die Ergebnisse eigener und fremder Beobachtungen und Untersuchungen in vorliegendem Bändchen zusammengestellt. Beigefügt ist ein in Leitsätzen gefaßter Kommissionsbericht, der u. a. die Lücken in unseren Kenntnissen hervorhebt und wertvolle Vorschläge für weitere Forschungsarbeiten macht, endlich eine umfangreiche historische Übersicht über die gesamte Simuliidenliteratur.

Hobstetter (Jena).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SEP 9 1921

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 5
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des fünften Heftes.

Seite

Die Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg 1912 bis 1920, mit kritischen Bemerkungen zur Methode der Messung der Säuglingssterblichkeit. Von Dr. F. Winkler 145

Chronik der Sozialen Hygiene. Von Dr. Alexander Elster, Berlin . 169

Besprechungen:

Höfer-Heimhalt: Grundwasser und Quellen (Abel) 180

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1921. Heft 5.

[Veröffentlicht vom Statistischen Amt der Stadt Charlottenburg.]

Die Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg 1912 bis 1920,

mit kritischen Bemerkungen zur Methode der Messung der Säuglingssterblichkeit.

Bearbeitet von Dr. F. Winkler.

1. Bemerkungen zur Messungsmethode der Säuglingssterblichkeit.

Die Darstellung der Säuglingssterblichkeit während der Kriegsjahre bietet insofern Schwierigkeit, als die bisher übliche Art, die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre darzustellen, infolge der während des Krieges einsetzenden Rückläufigkeit der Geburten sich als ungeeignet erweist, die Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge richtig wiederzugeben. Es ist allgemein üblich, die Höhe der Säuglingssterblichkeit durch die Beziehung auszudrücken: Sterbefälle im ersten Lebensjahre auf 100 Lebendgeborene während derselben Zeit, innerhalb deren die Neugeborenen ins Leben traten. Als Zeiteinheit wird für gewöhnlich das Jahr zugrunde gelegt. Nun besteht aber für die Neugeborenen die Möglichkeit, sowohl im Geburtsjahre wie auch in dem darauffolgenden Kalenderjahre vor Vollendung des ersten Lebensjahres zu sterben, und daraus ergibt sich, daß die Sterbefälle irgend einer Altersklasse innerhalb eines Jahres zwei verschiedenen Geburtsjahrgängen angehören. Die Erfahrung lehrt, daß bei zeitlich nur geringen Schwankungen in der Zahl der Geborenen jeweilig ein mit der Zeit nur wenig veränderlicher Prozentsatz der Säuglingssterbefälle aus dem Geburtsjahre stammt, ein ebenso ziemlich beständiger Teil dem vor dem Sterbejahre liegenden Geburtsjahre angehört. Nimmt nun die Zahl der Geburten ab, so wird die Zahl der Säuglingssterbefälle aus der Geburtenzahl des gleichen Jahres geringer sein als im Vorjahre, während die Geborenen des Vorjahres dem absoluten Betrage nach ungefähr noch ebensoviel Sterbefälle liefern werden wie in den Vorjahren. Die Minderung der Säuglingssterbefälle aus dem Jahre mit einsetzendem Geburtenrückgang tritt dagegen erst in dem darauffolgenden Jahre in Erscheinung. Und umgekehrt: Wenn von einem Jahre zum anderen aus irgendwelchen Gründen eine erhebliche Anzahl von Kindern mehr geboren wird, ist der aus dem Geburtsjahre stammende Teil der Säuglingssterbefälle entsprechend höher, der aus dem vorhergehenden Geburtenjahrgange stammende niedriger als in den Jahren mit nur wenig schwankenden Geburtenzahlen. Die auf die bisher übliche Weise errechneten Sterblichkeitsziffern für die Säuglinge erweisen sich infolgedessen in dem einen Falle als zu groß, in dem anderen als zu klein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei dem starken Ausfall der Geburten, wie er im Laufe des Jahres 1915 zuerst auftrat und sich bis 1917 fortsetzte (vgl. die unter L_0 in der Tabelle eingesetzten Zahlen) und bei der im Jahre 1919 wieder einsetzenden Zunahme der Geburtenzahl erscheint deshalb die Messung der Säuglingssterblichkeit nach der bisher geübten Methode doch wenig empfehlenswert, namentlich für die Jahre 1915 und 1919. Die Einbeziehung beider Geburtenjahrgänge, aus denen die Säuglingssterbefälle eines Berichtsjahres stammen, läßt sich nur schwer vermeiden, sofern man den angeführten Tatsachen Rechnung tragen will, und auf einen einheitlichen Ausdruck für die Säuglingssterblichkeit ein und desselben Geburtenjahrganges wird man in diesem Falle Verzicht leisten müssen.

Da die Geborenen eines Jahres in den einzelnen Altersklassen immer in zwei Kalenderjahren absterben, bedarf man zur Errechnung der Sterbenswahrscheinlichkeit der einzelnen Altersklassen stets der Aufzeichnung der Sterbefälle zweier Kalenderjahre mit Bedingungen, die die Sterblichkeit nach verschiedenen, ja sogar entgegengesetzten Richtungen mit stärkerer oder verminderter Intensität zu bestimmen vermögen. Unverkennbar beeinflussen die ungleichen Sterblichkeitsbedingungen zweier Kalenderjahre die errechneten Maßzahlen zuungunsten der wünschenswerten Genauigkeit und machen die getreue Wiedergabe der Sterblichkeitsverhältnisse eines Jahres illusorisch. Diesem Übelstande suchte Boeckh bei der Konstruktion seiner Sterbetafeln bekanntlich dadurch abzuhelfen, daß er die Gestorbenen jeder Altersklasse nach den Geburtszeitklassen zerlegte, für beide Teile, sie auf die zugehörigen Geburtsjahresklassen beziehend, getrennt die Überlebenswahrscheinlichkeit errechnete und aus beiden zusammen durch Multiplikation die Überlebenswahrscheinlichkeit jeder Altersklasse gewann. Bedeutet z. B. L_x die Zahl aller Lebenden, die im Laufe eines Kalenderjahres das Alter x erreichen, L'_x die Zahl derjenigen, die am Beginn desselben Jahres im Alter von x Jahren stehen, d_x die Zahl der im Alter von x Jahren verstorbenen und dem Geburtenjahrgang der L_x zugehörigen Personen, d'_x die Zahl der im Alter x verstorbenen und dem Geburtenjahrgange der L'_x angehörenden Personen, so bedeutet $q = \frac{d_x}{L_x}$ die Sterbenswahrscheinlichkeit für die Personen, die im Beobachtungsjahre das Alter x erreichen, bis zum Schluß des Beobachtungsjahres, $q'_x = \frac{d'_x}{L'_x}$ die Sterbenswahrscheinlichkeit der zu Jahresbeginn im Alter von x Jahren stehenden Personen bis zur Erreichung des Alters von $x + 1$ Jahren. Daraus ergibt sich dann als Überlebenswahrscheinlichkeit für Altersstufe x: $p_x = (1 - q_x)(1 - q'_x)$ und als Sterbenswahrscheinlichkeit

$$q_x = 1 - p_x = 1 - (1 - q_x)(1 - q'_x) = q_x + q'_x - q_x q'_x = \frac{d_x}{L_x} + \frac{d'_x}{L'_x} - \frac{d_x}{L_x} \cdot \frac{d'_x}{L'_x}.$$

Teilt man dementsprechend die Zahl der Säuglingssterbefälle eines Jahres D in d_0 = Zahl der im Geburtsjahre verstorbenen Säuglinge, d_1 = Zahl der verstorbenen, aber im Vorjahre geborenen Säuglinge, d'_1 Zahl der im Vorjahre geborenen und verstorbenen Säuglinge, L_0 Lebendgeborene des Beobachtungsjahres, L_1 Lebendgeborene des Vorjahres, so ist $L_1 - d'_1$ die Zahl der zu Jahresbeginn lebenden Säuglinge, und die Wahrscheinlichkeit, das erste Lebensjahr zu überleben, beträgt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

$$p_0 = \left(1 - \frac{d_0}{L_0}\right)\left(1 - \frac{d_1}{L_1 - d_1'}\right) = 1 - \frac{d_0}{L_0} - \frac{d_1}{L_1 - d_1'} + \frac{d_0}{L_0} \cdot \frac{d_1}{L_1 - d_1},$$

die Sterbenswahrscheinlichkeit

$$q_0 = 1 - p_0 = \frac{d_0}{L_0} + \frac{d_1}{L_1 - d_1'} - \frac{d_0}{L_0} \cdot \frac{d_1}{L_1 - d_1'}.$$

Da nun die Berechnung der Sterbenswahrscheinlichkeit für das erste Lebensjahr in der Form $q_0 = 1 - \left(1 - \frac{d_0}{L_0}\right) \cdot \left(1 - \frac{d_1}{L_1 - d_1'}\right)$ etwas umständlich und auch unbequem erscheint, hat Rahts[1]) eine etwas einfachere Form vorgeschlagen, nämlich

$$q_0' = \frac{d_0}{L_0} + \frac{d_1}{L_1}.$$

Diese Formel zur Berechnung ist weit einfacher und um so brauchbarer, als sie von der nach der Boeckhschen Methode hergeleiteten nur um einen ganz geringen Betrag abweicht. Vergleicht man beide miteinander, so ergibt sich als Abweichung dem absoluten Betrage nach $\left(\frac{d_1}{L_1} - \frac{d_0}{L_0}\right) \cdot \frac{d_1}{L_1 - d_1'}$, eine Größe, die man ohne weiteres vernachlässigen kann.

Während nach der bisher gebräuchlichen Darstellungsart der Säuglingssterblichkeit in der Form $100 \cdot \frac{d_0 + d_1}{L_0}$ die Schwankungen der Geburtenzahl außer acht gelassen wurden, trägt die nach der Methode von Boeckh hergeleitete und die von ihr im Endresultate nur wenig abweichende Darstellungsart von Rahts dem Wechsel der Geburtenzahl von Jahr zu Jahr Rechnung. Ist L_0 von L_1 nur wenig verschieden, so werden die beiden Größen $\frac{d_0 + d_1}{L_0}$ und $\left(\frac{d_1}{L_1} + \frac{d_0}{L_0}\right)$ sich nur wenig unterscheiden und bei verschwindenden Schwankungen ineinander übergehen. Der Unterschied wächst, je nachdem L_0 erheblich kleiner oder größer wird als L_1, wie es in den Kriegsjahren und im ersten sogenannten Friedensjahre zu beobachten war.

Von Knöpfel[2]) wird als geeigneter Ausdruck für die Säuglingssterblichkeit in den Kriegsjahren die Form $q_0 = \frac{d_0}{L_0} + \frac{d_1}{L_1 - d_1'}$ vorgeschlagen. Dieser Ausdruck ist größer, als der nach der Boeckhschen Form hergeleitete, und zwar um das fehlende Restglied $\frac{d_0}{L_0} \cdot \frac{d_1}{L_1 - d_1'}$; von der von Rahts vorgeschlagenen Form unterscheidet er sich um eine der Form nach ähnliche Größe, nämlich um: $\left(\frac{d_1'}{L_1} \cdot \frac{d_1}{L_1 - d_1'}\right)$. Wegen ihrer nur ganz geringen Abweichung von der Boeckhschen Form dürfte die von Rahts vorgeschlagene Darstellungsart für die Messung der Säuglingssterblichkeit vor der letztangeführten Berechnungsweise bei weitem den Vorzug beanspruchen.

Die eben angeführten Berechnungsarten für die Säuglingssterblichkeit setzen aber voraus, daß die Säuglingssterbefälle jedes Jahres nach Geburts-

[1]) Deutsches Statistisches Centralblatt, 8. Jahrg. 1916, S. 185 und 186.
[2]) Daselbst, 12. Jahrg. 1920, S. 59.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jahrgängen getrennt vorliegen. Die Teilung der Säuglingssterbefälle nach Geburtszeitklassen auf Grund einer vorher aus anderem Material ermittelten Relation erscheint unratsam. Denn diese Relation wechselt sowohl zeitlich wie örtlich; wenn auch nicht in allzu starkem Umfange, so doch immerhin in beachtenswerter Weise. So starben beispielsweise in Charlottenburg von den Säuglingen im Geburtsjahre im Mittel:

			in den Jahren:		
1875—1880	67,83	Proz.	1915	68,75	Proz.
1881—1885	69,63	„	1916	72,69	„
1886—1890	69,23	„	1917	73,78	„
1891—1895	71,17	„	1918	74,33	„
1896—1900	72,60	„	1919	75,58	„
1901—1905	73,40	„	1920	74,78	„
1906—1910	71,26	„			
1911—1914	74,57	„			

Sodann bedingen ja gerade die Jahre mit starker Abnahme bzw. Zunahme der Geburten von vornherein auch eine andere prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Geburtsjahresklassen mit der schon oben angedeuteten Auswirkung auf den Ausdruck für das Sterblichkeitsmaß. Die Schwierigkeit obendrein, für weiter zurückliegende Jahre das Verhältnis nachträglich zu ermitteln, mag nur nebenher erwähnt werden.

Weiterhin nimmt diese Darstellungsart nicht Rücksicht darauf, wie sich innerhalb eines Jahres die Zunahme bzw. Abnahme der Geburtenzahl gestaltet; lediglich das Endergebnis des ganzen Jahres wird in den Ziffern L_1 und L_0 berücksichtigt. Es ist nicht zu verkennen, daß auch eine von Monat zu Monat zu- oder abnehmende Bewegung der Geburtenzahl nicht ohne Einfluß auf die Gestaltung der Säuglingssterblichkeit bleiben kann, und dieser Einfluß müßte u. E. bei der Errechnung der Maßzahl für die Säuglingssterblichkeit mit berücksichtigt werden.

Wie man für die Intensität der Sterblichkeit in den einzelnen Altersklassen den genauesten und einwandfreiesten Ausdruck dadurch erhält, daß man die Sterbefälle in Beziehung setzt zu der von den Lebenden und Gestorbenen derselben Altersstufe während der Beobachtungsperiode verlebten Zeit, so erhält man auch einen genauen Ausdruck für die Höhe der Säuglingssterblichkeit — als Wahrscheinlichkeitsziffer ausgedrückt —, wenn man die Zeit berücksichtigt, während deren die Säuglinge in jedem Beobachtungszeitraum der Sterblichkeit ausgesetzt sind. Die im Januar eines Jahres Lebendgeborenen sind nicht bloß während des ganzen Geburtsjahres, sondern auch während des Monats Januar im nächstfolgenden Jahre bis zur Erreichung des ersten Lebensjahres der Sterblichkeitsgefahr ausgesetzt. Da die Geburten eines Monats sich annähernd gleichmäßig auf den ganzen Monat verteilen, kann man alle Kinder als in der Monatsmitte geboren annehmen, so daß diese geborenen Kinder im Geburtsjahre $11^1/_2$ Monate $= {}^{23}/_{24}$ Jahr der Sterblichkeit ausgesetzt sind, im nächsten Jahre jedoch nur noch $^1/_2$ Monat oder $^1/_{24}$ Jahr. Infolgedessen wäre die Zahl der im Januar Lebendgeborenen für die Sterblichkeit während des Geburtsjahres mit $^{23}/_{24}$, für die des nächstfolgenden dagegen nur mit $^1/_{24}$ in Rechnung zu stellen, die Zahl der im Dezember Geborenen dagegen entsprechend mit $^1/_{24}$ bzw. mit $^{23}/_{24}$ der Gesamtzahl.

Die im Februar Geborenen sind $10^1/_2$ Monat $= {}^{21}/_{24}$ Jahr der Sterblichkeit des Berichtsjahres, $1^1/_2$ Monat $= {}^3/_{24}$ Jahr der des nachfolgenden Jahres

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausgesetzt usf. Bezeichnet man mit l die Geborenen des Beobachtungsjahres, mit l' die Zahl der im Vorjahre geborenen Kinder, mit den Indices 1 ... 12 die Kalendermonate, so sind die Lebendgeborenen der einzelnen Kalendermonate der beiden Jahre, denen die Säuglingssterbefälle eines Jahres entstammen, mit folgenden Anteilen zeitlich an der Säuglingssterblichkeit eines Kalenderjahres beteiligt:

$$^1/_{24}\,l'_1,\ ^3/_{24}\,l'_2,\ ^5/_{24}\,l'_3,\ ^7/_{24}\,l'_4,\ ^9/_{24}\,l'_5,\ ^{11}/_{24}\,l'_6,\ ^{13}/_{24}\,l'_7,\ ^{15}/_{24}\,l'_8,\ ^{17}/_{24}\,l'_9,$$
$$^{19}/_{24}\,l'_{10},\ ^{21}/_{24}\,l'_{11},\ ^{23}/_{24}\,l'_{12},$$
$$^{23}/_{24}\,l_1,\ ^{21}/_{24}\,l_2,\ ^{19}/_{24}\,l_3,\ ^{17}/_{24}\,l_4,\ ^{15}/_{24}\,l_5,\ ^{13}/_{24}\,l_6,\ ^{11}/_{24}\,l_7,\ ^9/_{24}\,l_8,\ ^7/_{24}\,l_9,\ ^5/_{24}\,l_{10},$$
$$^3/_{24}\,l_{11},\ ^1/_{24}\,l_{12}.$$

Aus der Gesamtsumme dieser auf die Zeit der Sterblichkeitsgefährdung reduzierten Monatszahlen der Geborenen gehen die Säuglingssterbefälle eines jeden Berichtsjahres hervor, und als Maß für die Säuglingssterblichkeit q ergibt sich der Ausdruck, wenn D die Gesamtzahl der Säuglingssterbefälle bedeutet, $q = \frac{D}{L_{0,1}}$, wenn

$$L_{0,1} = {}^1/_{24}\,l'_1 + {}^3/_{24}\,l'_2 + \cdots {}^{21}/_{24}\,l'_{11} + {}^{23}/_{24}\,l'_{12} + {}^{23}/_{24}\,l_1 + {}^{21}/_{24}\,l_2 + \cdots {}^3/_{24}\,l_{11} + {}^1/_{24}\,l_{12}.$$

$L_{0,1}$ hängt hierbei lediglich von l ab, und es ist ersichtlich, daß allen Schwankungen in der Zahl der Geborenen von Monat zu Monat, sei es nach oben oder nach unten, Rechnung getragen wird. Sind die Schwankungen der l nur unerheblich innerhalb enger Grenzen, so weicht $L_{0,1}$ nur wenig von der Zahl der Lebendgeborenen ab, und die Formel geht über in $\frac{D}{L_0}$, worin L_0 die Zahl der Lebendgeborenen des Berichtsjahres bedeutet. Liegen die Zahlen nur für Vierteljahre vor ($l_{\mathrm{I,\,II,\,III,\,IV}}$), so ist

$$L_{0,1} = {}^1/_8\,l'_{\mathrm{I}} + {}^3/_8\,l'_{\mathrm{II}} + {}^5/_8\,l'_{\mathrm{III}} + {}^7/_8\,l'_{\mathrm{IV}} + {}^7/_8\,l_{\mathrm{I}} + {}^5/_8\,l_{\mathrm{II}} + {}^3/_8\,L_{\mathrm{III}} + {}^1/_8\,l_{\mathrm{IV}}.$$

Sind schließlich nur die Zahlen für das ganze Jahr bekannt, so nimmt $L_{0,1}$ die einfache Form an: $L_{0,1} = \frac{L_1 + L_0}{2}$. Für diese Darstellungsart ist eine Teilung der Gestorbenen nach Geburtszeitklassen nicht erforderlich, sondern lediglich die Kenntnis der monatlichen Zahl der Lebendgeborenen, Angaben, die zumeist vorliegen oder leicht mit wenig Müheaufwand zu beschaffen sind. Dadurch wird eine interlokale Vergleichung wesentlich erleichtert, während eine Trennung der Sterbefälle nach Geburtsjahresklassen für mehrere zurückliegende Jahre nicht immer und überall ohne Schwierigkeiten durchzuführen ist.

In der nachfolgenden Übersicht sind für Charlottenburg für die Jahre 1909 bis 1920 alle Angaben zusammengestellt, die zur Errechnung der Sterblichkeitszahlen für Säuglinge nach den erwähnten Methoden notwendig sind, und zwar L_0: die im Beobachtungsjahre lebendgeborenen Kinder, L_1: die in dem dem Beobachtungsjahre vorausgehenden Jahre lebendgeborenen Kinder, $L_{0,1}$: die Summe der in den beiden Jahren n_0 und n_1 monatlich lebendgeborenen Kinder, reduziert auf die für die Sterblichkeit in Betrachtung kommende Zeit, d_0: die in ihrem Geburtsjahre verstorbenen Säuglinge, d_1 die der vorausgehenden Geburtsjahresklasse entstammenden Säuglingssterbefälle, d'_1 die im Vorjahre geborenen und gestorbenen Säuglinge, $L_1 - d'_1$: die zu Jahresbeginn lebenden Säuglinge aus dem Vorjahre. In den Spalten 9 bis 16 sind die aus den Zahlen L und d sich ergebenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	L_0	L_1	$L_{0,1}$	d_0	d_1	d_1	L_1-d_1'	$100\cdot\frac{d_0}{L_0}$	$100\cdot\frac{d_1}{L_1}$	$100\cdot\frac{d_1}{L_1-d_1'}$	$100\cdot\frac{d_0+d_1}{L_0}$	$100\left(\frac{d_0}{L_0}+\frac{d_1}{L_1-d_1'}-\frac{d_0\cdot d_1}{L_0(L_1-d_1')}\right)$	$100\left(\frac{d_0}{L_0}+\frac{d_1}{L_1}\right)$	$100\left(\frac{d_0}{L_0}+\frac{d_1}{L_1-d_1'}\right)$	$100\cdot\frac{d_0+d_1}{L_{0,1}}$
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1909	5699	5600	5650	509	182	509	5091	8,931	3,250	3,575	12,12	12,19	12,18	12,51	12,23
1910	5707	5699	5672	513	182	509	5190	8,989	3,194	3,507	12,18	12,18	12,18	12,49	12,25
1911	5865	5707	5806	620	215	513	5194	10,571	3,767	4,139	14,24	14,27	14,34	14,71	14,38
1912	5842	5865	5913	557	188	620	5245	9,534	3,205	3,584	12,75	12,78	12,74	13,12	12,60
1913	5740	5842	5768	525	185	557	5288	9,146	3,167	3,498	12,37	12,32	12,31	12,63	12,31
1914	5576	5740	5670	587	193	525	5215	10,527	3,362	3,701	13,99	13,84	13,89	14,23	13,76
1915	4525	5576	5240	418	190	587	4989	9,238	3,407	3,808	13,44	12,69	12,64	13,05	11,60
1916	3576	4525	3845	330	124	418	4107	9,228	2,740	3,019	12,70	11,97	11,97	12,25	11,81
1917	3098	3576	3321	346	123	330	3246	11,168	3,440	3,790	15,14	14,53	14,61	14,96	14,12
1918	3307	3098	3147	358	111	346	2752	10,826	3,583	4,033	14,17	14,42	14,41	14,86	14,90
1919	4353	3307	3535	387	123	358	2949	8,890	3,719	4,171	11,72	12,69	12,61	13,06	14,43
1920	5208	4353	5226	421	142	387	3986	8,084	3,262	3,562	10,81	11,36	11,35	11,65	10,77

Verhältniszahlen zusammengestellt. Insbesondere enthält Spalte 12 in der Form $100\cdot\frac{d_0+d_1}{L_0}$ die bisher übliche Darstellungsart der Säuglingssterblichkeit, Spalte 13 die nach der Boeckhschen Methode hergeleitete, Spalte 14 die einfachere Form $\frac{d_0}{L_0}+\frac{d_1}{L_1}$, Spalte 15 die von Knöpfel im Statistischen Centralblatt vorgeschlagene Darstellungsart und schließlich Spalte 16 die die Geburtszeit der verstorbenen Säuglinge mehr berücksichtigende Form $\frac{d_0+d_1}{L_{0,1}}$. Daß die in Spalte 15 stehenden Maßzahlen größer sein müssen als diejenigen der Spalte 13 und 14, geht aus der Form selbst hervor; indes bewegen sich diese Abweichungen von der Boeckhschen Form in den ziemlich engen Grenzen von 0,28 und 0,44 bei einem Mittel von 0,36. Sehr gering ist die Abweichung der Maßzahlen in Spalte 13 und 14 zwischen —0,08 und + 0,08. Die Gesamtsumme der Abweichungen beträgt —0,01 bei einem Mittel von ± 0,02. Dies Ergebnis ist auch aus der oben dargelegten Differenz beider Formen nicht überraschend. In den Jahren 1909 bis 1914 weisen die Maßzahlen für die Säuglingssterblichkeit, nach der üblichen Art und nach der Boeckhschen Methode errechnet, nur geringe Unterschiede auf. Dagegen ergaben die nach der Boeckhschen Methode errechneten Maßzahlen 1915 eine erheblich geringere, im Jahre 1919 mit seinem erheblichen Zuwachs an Lebendgeborenen eine erheblich höhere Säuglingssterblichkeit, als die nach der üblichen Darstellungsart errechneten Zahlen erkennen lassen. Für 1915 ergibt sich eine um 0,75, 1916 eine um 0,61 niedrigere Sterbeziffer als nach der üblichen Dar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellungsart, 1919 dagegen eine um 0,97, 1920 eine um 0,54 höhere Säuglingssterblichkeit.

In Spalte 16 sind schließlich die Maßzahlen für die Säuglingssterblichkeit aufgeführt, die sich ergeben, wenn man die gestorbenen Säuglinge auf die Lebendgeborenen beider Kalenderjahre nach Maßgabe der Zeit bezieht, während der die Lebendgeborenen im Laufe des Jahres der Sterblichkeit ausgesetzt sind. Für die Jahre 1909 bis 1914 sind die Abweichungen von den Größen $\frac{d_0 + d_1}{L_0}$ nicht sehr groß, der Reihe nach: + 0,11, + 0,07, + 0,14, — 0,15, — 0,06, — 0,23.

Die Maßzahlen sind bald größer, bald kleiner als die nach üblicher Darstellungsart gefundenen, je nachdem die Zahl der Lebendgeborenen von Jahr zu Jahr zunimmt oder abnimmt; auch von den nach der Boeckhschen Methode gewonnenen Sterblichkeitszahlen zeigen sie bis 1914 keine allzu große Abweichung. Diese Abweichung beträgt für die einzelnen Jahre + 0,04, + 0,07, + 0,11, — 0,18, — 0,01 und — 0,08.

Erst für die Kriegsjahre 1915 bis 1916 zeigen sie eine zum Teil sehr erhebliche Abweichung von den beiden Darstellungsarten, 1915 bis 1917 nach unten, 1918 und 1919 nach oben. Zunächst ergibt sich für 1915 eine Säuglingssterblichkeit von 11,60, gegenüber 13,44 nach der üblichen und 12,64 nach der Boeckhschen Darstellungsart. Für das Jahr 1916 ist die Abweichung von der Zahl in Spalte 13 nicht so erheblich, wohl aber von der Zahl $100 \cdot \frac{d_0 + d_1}{L_0}$; auch 1917 ergibt sich nach Spalte 16 eine geringere Säuglingssterblichkeit als nach Spalte 12 und 13. Im Jahre 1917 war die geringste Zahl von Lebendgeborenen zu verzeichnen, in den beiden Jahren 1918 und 1919 steigt sie wieder an; infolgedessen täuscht die Beziehung der Säuglingssterbefälle auf die Lebendgeborenen desselben Jahres eine geringere Sterblichkeit vor, als sie der Wirklichkeit entspricht, was in den Zahlen für 1918, deutlicher und krasser noch für 1919 zum Ausdruck kommt. Für das letztere Jahr ergibt sich nach der üblichen Methode eine Säuglingssterblichkeit von nur 11,72 auf 100 Lebendgeborene, nach der Boeckhschen eine solche von 12,69 (also um 0,97 höher), nach Berücksichtigung der Geburtszeit aber eine solche von 14,43, d. i. um 2,73 = 23,3 Proz. höher als der Ausdruck $\frac{d_0 + d_1}{L_0} \times 100$.

Erst für das Jahr 1920 stimmen die Maßzahlen der Spalte 12 mit denen der Spalte 16 fast nahezu überein, während sich nach der Boeckhschen Methode eine um 0,59 höhere Säuglingssterbeziffer ergibt. Die nahezu vollständige Übereinstimmung der beiden Größen L_0 und $L_{0,1}$ ist aber eine rein zufällige und findet in dem Umstande ihre ausreichende Erklärung, daß in den letzten Monaten 1919 und im Jahresanfang 1920 die höchsten Geburtenzahlen vorkamen, und daß diese höheren Geburtszahlen für die Bestimmung von $L_{0,1}$ auch mit den höheren Anteilziffern in Rechnung gesetzt worden sind. Andererseits findet der Unterschied der Maßzahlen in Spalte 13 und 16 darin seine Begründung, daß bei der Berechnung nach der Boeckhschen Methode die monatlichen Zahlen der Geborenen alle als gleichwertig in den Summen L_0 und L_1 aufgehen, während bei der Berechnung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von $L_{0,1}$ die Lebendgeborenen nur mit dem Bruchteil der Zeiteinheit, während der sie der Sterbensmöglichkeit ausgesetzt sind, in Rechnung gestellt werden.

Vergleicht man diese Zahlen mit den monatlichen Säuglingssterblichkeitsziffern, die durch Beziehung der aufs Jahr umgerechneten monatlichen Säuglingssterbefälle auf die Lebendgeborenen des Berichtsmonats und der diesem vorausgehenden elf Kalendermonate gewonnen werden, so weicht das Jahresmittel nicht sehr erheblich von den letzterwähnten Maßzahlen ab. Diesen sowie auch den anderen haftet der Mangel an, daß die vielfach namentlich in Groß-Berlin häufigen, aber schwer kontrollierbaren Zu- und Fortzüge von Säuglingen nicht berücksichtigt werden können, ein Umstand, der die Aufstellung von Absterbeordnungen für Säuglinge und damit einer korrekten Säuglingssterbeziffer so sehr erschwert. Für Zeiten indes wie die zurückliegenden Kriegsjahre mit den stark schwankenden Geburtenzahlen dürfte sich diese Darstellungsart eben wegen der Berücksichtigung auch der monatlichen Änderungen in der Zahl der Geborenen zur Gewinnung einer genaueren Säuglingssterbeziffer eignen trotz der Umständlichkeit, die Größen $L_{0,1}$ zu errechnen.

In den nachfolgenden Übersichten für Charlottenburg sind für die Jahre 1911 bis 1920 die Maßzahlen für die Säuglingssterblichkeit nach der zuletzt besprochenen Methode berechnet, die Sterbefälle im ersten Lebensmonat dagegen auf die Lebendgeborenen desselben Jahres bezogen. Letzteres erscheint deshalb nicht unberechtigt, weil unter den Sterbefällen des ersten Lebensmonats nur sehr wenige aus dem Monat Dezember des Vorjahres Geborene vorhanden sind und dafür diejenigen Sterbefälle aus der Geburtsmenge des Monats Dezember, die im Januar des nächsten Jahres vor dem vollendeten ersten Lebensmonat erfolgen, gleichfalls außer acht gelassen werden.

2. Die Säuglingssterblichkeit in ihrer Beziehung zur Geburtenhäufigkeit und Allgemeinsterblichkeit.

Die Säuglingssterblichkeit steht im engen Zusammenhange mit der Geburtenhäufigkeit. Je höher die Geburtenziffer sich stellt, um so höher pflegt auch für gewöhnlich die Säuglingssterblichkeit zu sein, und die sinkende Geburtenhäufigkeit wird in der Regel von einer Abnahme der Säuglingssterblichkeit begleitet. Bis zum Jahre 1914 ist für Charlottenburg eine ständig sinkende Geburtenhäufigkeit zu beobachten, die sich nicht bloß in den auf die Bevölkerungszahl bezogenen Verhältniszahlen ausdrückt, sondern auch in der Abnahme der absoluten Geburtenzahl selbst klar in Erscheinung tritt. Die Geburten der Jahre 1915 bis 1919 stehen unter den Einwirkungen des Krieges, und bei der sehr stark abfallenden Zahl der Geburten kann man hier nicht von einem Geburtenrückgang, sondern nur von einem Geburtenausfall sprechen. Ob der bis 1914 beobachtete Geburtenrückgang sich fortsetzen wird, bleibt zunächst abzuwarten, bis die Zahl der durch die Kriegsverhältnisse verzögerten und aufgeschobenen Eheschließungen auf ein der Vorkriegszeit entsprechendes Niveau herabgesunken ist.

Hatte die Zahl der Lebendgeborenen bis 1909, auf 1000 Einwohner mittlerer Jahresbevölkerung bezogen, noch mehr als 20 betragen, so sank diese Ziffer 1910 auf 19,37, im Jahre 1911 auf 18,91 und dann weiter bis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf 17,53 im Jahre 1914. Der mit 1915 einsetzende Geburtenausfall bedingte ein weiteres Sinken dieser Ziffer bis auf 10,43 im Jahre 1917, um in den Jahren 1918 bis 1920 wieder etwas zu steigen. Naturgemäß ergaben sich aus der verringerten Zahl der Lebendgeborenen auch weniger Sterbefälle im ersten Lebensjahre, und so weist auch die Säuglingssterblichkeit, gemessen an der Gesamtbevölkerung, mit Ausnahme der beiden Jahre 1911 und 1914 eine fast ununterbrochene Abnahme auf, um in den Jahren 1916 bis 1920 einigermaßen konstant zu bleiben. Daß hierbei die Zahl der das erste Lebensjahr überlebenden Kinder, die 1914 auf 1000 Einwohner noch 15,08 betrug, bei der stark abfallenden Geburtenziffer gleichfalls eine beträchtliche Abnahme erfuhr, sei nur nebenbei vermerkt.

Vergleicht man die Säuglingssterblichkeit mit derjenigen in der Gesamtbevölkerung, so ergibt sich zunächst bis 1914 eine fast ununterbrochene Abnahme des Anteils der Säuglingssterblichkeit an der Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung, neben der auch zugleich eine Abnahme der Sterblichkeit der Bevölkerung im Alter von mehr als 1 Jahr einhergeht. Im Jahre 1914 ist allerdings diese Sterblichkeit mit 9,74 Proz. etwas höher als in den Vorjahren; 1915 und 1916 betrug sie 10,83 bzw. 10,26 Proz. der mittleren Jahresbevölkerung, um dann in den beiden nächsten Jahren auf 13,05 bzw. 14,46 zu steigen; 1919 und 1920 betrug diese Ziffer noch 11,80 bzw. 11,38 und näherte sich damit dem Jahresdurchschnitt im Jahrfünft 1891 bis 1895. Mit der abnehmenden Geburtenzahl sank die Zahl der Säuglingssterbefälle, die Zahl der Sterbefälle in der Gesamtbevölkerung stieg in den Kriegsjahren; das gab naturgemäß einen verringerten Anteil der Säuglingssterblichkeit an der Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung, an deren Zunahme die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre nicht beteiligt gewesen ist. (Vgl. hierzu Tabelle I.)

3. Die Säuglingssterblichkeit im besonderen.

Bezieht man die Sterbefälle im ersten Lebensjahre, wie es üblich ist, auf die Lebendgeborenen, so ist in den Jahren 1912 und 1913 die Säuglingssterblichkeit von der in den Jahren 1907 bis 1910 beobachteten nicht allzusehr verschieden. Im Jahre 1914 hält sie sich auf der Höhe von 13,76, um dann in den beiden Jahren 1915 und 1916 den bis dahin beobachteten niedrigsten Stand mit 11,60 und 11,81 zu erreichen. In den nächsten drei Jahren steigt sie, zunächst infolge der erhöhten Sommersterblichkeit 1917 auf 14,12; im Jahre 1918 erreicht sie die stattliche Höhe von 14,90 und beträgt 1919 noch immer 14,43 auf 100 Lebendgeborene, um 1920 auf den außerordentlich niedrigen Stand von 10,77 zu sinken. Trennt man die Sterblichkeitsziffern nach der Legitimität der verstorbenen Säuglinge, so ergibt sich zunächst, daß bis zum Jahre 1914 die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge sich seit 1907 auf ziemlich gleicher Höhe gehalten hat, abgesehen von 1911 mit seinen bekannten ungünstigen Säuglingssterbeverhältnissen. Auch 1914 ist die Sterbeziffer für die ehelichen Säuglinge etwas höher als in den Vorjahren. Bei den unehelichen Säuglingen schwankt die Sterblichkeitsziffer allerdings von Jahr zu Jahr, indes mit einer deutlich erkennbaren Tendenz zur Abnahme, von den beiden Ausnahmejahren 1911 und 1914 abgesehen. Für die Kriegsjahre 1915 und 1916 ergaben sich für die ehelichen Säuglinge die fast gleichen aber bisher unbeobachtet niedrigen Sterblichkeits-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I. Geburtenziffer, Sterbeziffer und Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg 1876 bis 1920.

Jahr	Auf 1000 Einwohner kamen					Säuglingssterbefälle					
	Lebendgeborene	Gestorbene				in Proz. der Sterbefälle überhaupt	auf 100 Lebendgeborene			im 1. Lebensmonat	
		überh.	0 bis 1 Jahr alt	über 1 Jahr alt	Überlebende des 1. Lebensjahres		ehelich	unehelich	überh.	Proz. der Säuglingssterbefälle	auf 100 Lebendgeborene
1876—1880	44,39	32,42	14,10	18,32	30,29	43,33	29,17	56,76	31,85	26,08	8,28
1881—1885	39,32	28,80	12,00	16,80	27,32	41,67	28,62	53,02	30,52	24,83	7,61
1886—1890	38,00	24,83	10,37	14,46	27,63	42,35	25,97	44,67	27,48	24,66	6,78
1891—1895	35,70	19,98	8,35	11,63	27,35	41,77	21,78	41,68	23,34	27,51	6,37
1896—1900	29,00	15,27	5,38	9,89	23,63	35,31	16,63	38,65	18,58	29,58	5,49
1901—1905	22,85	13,41	3,81	9,60	19,04	28,35	14,75	31,54	16,67	31,70	5,27
1906—1910	20,79	11,65	2,65	9,00	18,14	22,79	11,09	23,57	12,76	34,56	4,39
1011—1915	17,47	11,77	2,33	9,44	15,14	20,13	10,66	23,16	12,93	37,40	5,18
1916—1920	12,49	13,77	1,58	12,19	10,91	11,61	10,43	25,33	13,21	40,60	5,18
Insbesonders											
1901	24,58	13,78	4,47	9,31	20,11	32,44	16,21	36,54	18,18	33,06	6,01
1902	23,48	13,10	3,35	9,75	20,13	25,56	12,60	29,89	14,26	33,13	4,72
1903	22,79	13,61	4,13	9,48	18,66	30,24	16,20	34,45	18,13	31,48	5,68
1904	21,81	13,78	3,74	10,04	18,07	27,13	15,73	28,80	17,14	30,24	5,18
1905	21,60	12,78	3,37	9,41	18,23	26,40	14,02	28,02	15,62	30,59	4,78
1906	22,05	12,02	3,13	8,89	18,92	25,98	12,84	24,06	14,16	29,82	4,22
1907	21,39	11,42	2,69	8,73	18,70	23,55	10,73	26,22	12,57	36,35	4,57
1908	20,75	11,92	2,65	9,27	18,10	22,25	11,07	24,54	12,79	30,59	3,91
1909	20,38	11,69	2,47	9,22	17,91	21,12	10,65	20,27	12,12	39,65	4,81
1910	19,37	11,19	2,32	8,87	17,05	21,07	10,16	22,78	12,18	36,40	4,43
1911	18,91	11,75	2,70	9,05	16,21	23,94	12,33	24,82	14,38	36,00	5,13
1912	18,30	11,27	2,33	8,94	15,97	20,71	10,69	21,90	12,60	39,[illegible]	5,05
1913	17,77	10,80	2,20	8,60	15,57	20,33	10,02	22,86	12,31	39,44	4,88
1914	17,53	12,19	2,45	9,74	15,08	20,11	11,37	23,48	13,76	34,62	4,84
1915	14,83	12,82	1,99	10,83	12,84	15,55	8,90	22,73	11,60	37,34	5,02
1916	11,92	11,77	1,51	10,26	10,41	12,84	8,85	23,34	11,81	40,31	5,12
1917	10,43	14,63	1,58	13,05	8,85	10,79	10,32	28,49	14,12	34,33	5,20
1918	11,01	16,02	1,56	14,46	9,45	9,75	12,48	25,42	14,90	39,23	5,56
1919	13,54	13,39	1,59	11,80	11,95	11,85	11,69	27,35	14,43	45,10	5,28
1920	15,57	13,03	1,65	11,38	13,92	12,92	8,82	22,08	10,77	44,05	4,76

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ziffern von 8,90 bzw. 8,85 auf 100 Lebendgeborene; 1917 beträgt diese Sterblichkeit 10,32 und hält sich damit auf dem durchschnittlichen Stande der letzten Jahre in der Vorkriegszeit. Für 1918 aber ergibt sich die verhältnismäßig hohe Sterblichkeitsziffer für eheliche Säuglinge von 12,48, höher noch, als sie 1911 zu beobachten war, und auch 1919 betrug sie noch immer 11,69. Erst 1920 fällt die Sterblichkeitsziffer für die ehelichen Säuglinge auf den niedrigen Stand des Jahres 1916 mit 8,82 auf 100 Lebendgeborene.

Bei den unehelichen Säuglingen ergaben die Zahlen für 1915 und 1916 keine Abnahme der Sterblichkeit gegenüber den letzten Vorjahren, so daß die geringe Säuglingssterblichkeit 1915 und 1916 lediglich auf Rechnung der verminderten Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge zu setzen ist. Dies trifft in der Hauptsache auch für das Jahr 1920 zu. Die erhöhte Säuglingssterblichkeit des Jahres 1917 ist im wesentlichen als Folge der höheren Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge anzusehen, die von 23,34 (1916) auf 28,49 (1917) gestiegen war. Auch in den beiden folgenden Jahren erreicht die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge die stattliche Höhe von 25,42 (1918) und 27,35 (1919) und übt damit einen wohlbemerkbaren Einfluß auf die Gestaltung der Säuglingssterblichkeit insgesamt aus, so daß im wesentlichen die höhere Säuglingssterblichkeit der Jahre 1917 und 1919, zum Teil auch des Jahres 1918, auf die erhöhte Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge zurückzuführen ist.

Einen beachtlichen Beitrag zur Erhöhung der Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg liefern die Sterbefälle ortsfremder Kinder im ersten Lebensjahre. So befanden sich 1916 unter den Verstorbenen des ersten Lebensjahres 83 = 18,3 Proz. ortsfremde Kinder; 1917 waren es 116 = 24,7 Proz., 1918 betrug diese Zahl 124 = 26,4 Proz. und im nächstfolgenden Jahre 135 = 26,5 Proz. Demgegenüber stellte sich die Zahl der Lebendgeborenen ortsfremder Mütter in Charlottenburg 1916 auf 429 = 12,5 Proz., 1918 auf 441 = 13,3 Proz., 1919 auf 13,2 Proz. und 1920 auf 14,4 Proz. aller Lebendgeborenen. Bringt man von der Zahl der Lebendgeborenen sowohl wie der verstorbenen Säuglinge insgesamt die Zahl der Lebendgeborenen ortsfremder Mütter sowie die Sterbefälle nicht ortszugehöriger Säuglinge in Abzug, so würde sich die Säuglingssterblichkeit 1916 auf 10,96 statt auf 11,81, 1917 auf 12,12 statt auf 14,12, 1918 auf 12,65 statt auf 14,90 und schließlich 1919 auf 12,22 statt auf 14,43 stellen; für 1920 würde sie gar nur 9,30 statt 10,77 betragen.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt man, wenn man die Maßzahlen für die Säuglingssterblichkeit nach der Legitimität aufstellt und bei den Lebendgeborenen und Gestorbenen des ersten Lebensjahres die Ortsfremden ausschaltet. Hierbei mag noch erwähnt werden, daß der Prozentsatz der Sterbefälle ortsfremder Säuglinge bei den ehelichen Kindern höher ist als bei den unehelichen. So waren beispielsweise unter den verstorbenen ehelichen Säuglingen 1916 nicht weniger als 22,1 Proz. ortsfremd gegen 12,6 Proz. bei den unehelichen; 1917 betrugen diese Zahlen 28,4 Proz. bzw. 19,7 Proz.; 1918 noch 28,1 Proz. bzw. 22,7 Proz., und 1919 machten die ortsfremden Säuglinge unter den Sterbefällen ehelicher Kinder 28,4 Proz. gegen 22,5 Proz. bei den unehelichen aus. Im Jahre 1920 war allerdings dieser Unterschied der Anteilsquoten ortsfremder Säuglinge an der Kinder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sterblichkeit im ersten Lebensjahre nicht mehr so erheblich wie 1916 bis 1919. Von den verstorbenen ehelichen Säuglingen des Jahres 1920 waren 26,7 Proz. ortsfremd, von den unehelichen 24,7 Proz., und die Ausschaltung des Einflusses der ortsfremden geborenen und gestorbenen Säuglinge ergibt für die beiden Legitimitätsgruppen eine Sterblichkeit von nur 7,54 bzw. 19,60 auf 100 Lebendgeborene.

Ob und inwieweit ein Ausgleich dadurch stattfindet, daß Charlottenburger Mütter auswärts gebären und in Charlottenburg ortsangehörige Säuglinge auswärts sterben, läßt sich mangels vorhandener genauerer Unterlagen nicht einwandfrei feststellen, und man muß den Versuch aufgeben, bei der Berechnung der Säuglingssterbeziffer für Charlottenburg den Einfluß der Sterblichkeit ortsfremder Kinder auszuschalten. Andererseits erscheint es bei der guten Versorgung Charlottenburgs mit Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen, öffentlichen sowohl wie privaten, als ziemlich unwahrscheinlich, daß ein solcher Ausgleich in nennenswertem Umfange stattfindet.

4. Die Säuglingssterblichkeit nach Todesursachen.

Gliedert man die Säuglingssterbefälle der Jahre 1912 bis 1920 nach Todesursachen, so stehen die Sterbefälle an angeborener Lebensschwäche und Bildungsfehlern mit 28,32 Proz. der Todesfälle an erster Stelle. In ziemlich weitem Abstande folgen mit 14,87 Proz. die akuten Verdauungskrankheiten, Magen- und Darmkatarrh und Brechdurchfall, an dritter Stelle Lungenentzündung mit 10,85 Proz., so daß auf diese drei Todesursachen 54,04 Proz., d. i. mehr als die Hälfte aller Säuglingssterbefälle zurückzuführen sind. Gegenüber früheren Jahren haben Magenkatarrh, Darmkatarrh und Brechdurchfall als Todesursache an Bedeutung erheblich eingebüßt; dagegen traten Lebensschwäche und Lungenentzündung mehr als früher in den Vordergrund. Auf die Infektionskrankheiten Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten waren 6,72 Proz. der Sterbefälle zurückzuführen, auf Krämpfe 6,20 Proz., auf Atrophie 4,26 Proz., auf Tuberkulose nur 2,25 Proz.

Berücksichtigt man bei der Gliederung der Säuglingssterbefälle nach Todesursachen die Legitimität der verstorbenen Kinder, so entfielen bei den ehelichen auf angeborene Lebensschwäche als Todesursache 30,05 Proz., bei den unehelichen dagegen nur 24,99 Proz. der Todesfälle, auf die akuten Verdauungskrankheiten 15,57 bzw. 13,51 Proz., auf Lungenentzündung 10,30 bzw. 11,92 Proz., auf diese drei Todesursachen zusammen 55,92 bzw. 50,42 Proz., die somit bei der Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge einen etwas erhöhteren Einfluß ausüben als bei den unehelichen. Bei den Infektionskrankheiten Masern, Scharlach und Diphtherie betrugen die entsprechenden Anteile 6,32 bzw. 6,61 Proz., bei Atrophie 3,76 bzw. 5,22 Proz., bei Krämpfen 6,83 bzw. 5,00 Proz. (vgl. Tabelle II und III).

Innerhalb der einzelnen Jahre verteilten sich, wenn auch im großen und ganzen den mitgeteilten Anteilziffern entsprechend, die Sterbefälle nach Maßgabe der von Jahr zu Jahr mehr oder weniger veränderlichen Sterblichkeitsbedingungen auf die Todesursachen mit wechselnden Prozentanteilen. In allen Jahren steht angeborene Lebensschwäche als Todesursache an der Spitze und überschreitet 1919 sogar bei den ehelichen wie auch bei den unehelichen Säuglingssterbefällen 33 Proz. Demgegenüber kann andererseits

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Die Säuglingssterbefälle 1912 bis 1920 nach Todesursachen.

Todesursache	1912			1913			1914			1915			1916			1917			1918			1919			1920		
	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.	Ehel.	Unehel.	Zus.
1. Angeborene Lebensschwäche . . .	150	56	206	163	55	218	144	52	196	118	47	165	87	50	137	72	37	109	91	41	132	116	56	172	107	61	168
4. Scharlach	—	1	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Masern und Röteln	6	4	10	4	1	5	7	2	9	9	6	15	7	5	12	4	3	7	—	1	1	2	—	2	3	—	3
6. Diphtherie und Krupp	12	12	24	7	3	10	16	10	26	8	14	22	8	10	18	6	5	11	5	2	7	3	5	8	3	2	5
7. Keuchhusten	19	4	23	2	1	3	23	2	25	10	6	16	5	18	13	7	4	11	15	4	19	18	5	23	8	1	9
10 a) Rose	4	3	7	3	6	9	5	6	11	1	2	3	1	3	4	1	4	5	1	1	2	—	—	—	2	1	3
b) Andere Wundinfektionskrankh. .	8	2	10	6	4	10	8	1	9	6	4	10	3	1	4	5	1	6	8	3	11	6	1	7	9	2	11
11 a) Tuberkulose der Lungen	3	2	5	4	—	4	6	2	8	2	1	3	1	2	3	5	—	5	4	—	4	2	1	3	1	—	1
b) Tuberkulose anderer Organe . .	8	2	10	5	3	8	4	4	8	7	1	8	4	2	6	3	2	5	7	—	7	3	2	5	5	—	5
c) Akute allgem. Miliartuberkulose	5	—	5	3	2	5	—	1	1	1	1	2	2	—	2	2	—	2	—	1	1	—	2	2	1	—	1
12. Lungenentzündung	61	18	79	54	30	84	46	32	78	36	27	63	21	25	46	22	31	53	31	20	51	33	18	51	55	16	71
13. Influenza	2	—	2	3	9	12	1	8	9	4	11	15	1	2	3	2	1	3	13	3	16	8	6	14	22	10	32
14. Andere übertragbare Krankheiten .	9	10	19	4	16	20	12	8	20	18	12	30	15	11	26	14	14	28	7	5	12	15	17	32	10	9	19
15. Krankheiten der Atmungsorgane .	17	11	28	13	6	19	19	8	27	17	15	32	7	4	11	10	2	12	11	8	19	18	7	25	18	5	23
16. Krankheiten der Kreislauforgane .	7	—	7	18	7	25	14	5	19	15	4	19	8	5	13	9	4	13	10	7	17	12	6	18	18	4	22
17 a) Blutungen im Gehirn, Gehirnschlag	1	—	1	—	—	—	2	—	2	1	2	3	1	—	1	—	1	1	1	—	1	2	1	3	2	—	2
b) Krämpfe, Hirnhautentzündung . .	37	9	46	41	12	53	32	15	47	22	12	34	24	10	34	13	10	23	14	8	22	27	7	34	28	8	36
18 a) Magen-Darmkatarrh, Brechdurchfall	99	33	132	77	31	108	93	47	140	48	21	69	17	15	32	60	40	100	48	22	70	39	17	56	62	20	82
b) Abzehrung	27	18	45	18	14	32	33	16	49	16	8	24	6	7	13	4	17	21	11	8	19	8	2	10	8	5	13
c) Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	12	4	16	10	5	15	8	7	15	7	1	8	9	1	10	3	3	6	5	1	6	7	—	7	8	3	11
19. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	3	1	4	1	2	3	5	6	11	3	2	5	2	—	2	1	2	3	4	—	4	1	1	2	3	2	5
20 a) Krebs	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Sonstige Neubildungen	—	—	—	2	—	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
21 b) Mord und Totschlag	1	8	9	—	3	3	—	2	2	—	7	7	—	5	5	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	1	1
c) Verunglückungen	2	2	4	4	—	4	—	3	3	5	3	8	4	—	4	2	2	4	2	—	2	—	—	—	1	—	1
22. Andere benannte Todesursachen .	22	10	32	27	11	38	18	11	29	16	19	35	32	7	39	22	11	33	26	9	35	9	5	14	18	9	27
23. Todesursachen nicht angegeben . .	9	11	20	4	14	18	20	13	33	5	7	12	6	9	15	2	3	5	5	5	10	11	10	21	1	11	12
Überhaupt . .	524	221	745	475	235	710	518	262	780	375	233	608	271	183	454	271	198	469	319	150	469	341	169	510	393	170	563

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

III. Von je 100 (ehel., unehel., überh.) Säuglingssterbefi

Todesursache	1912			1913			1914			1915	
	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.
1. Angeborene Lebensschwäche	28,63	25,34	27,65	34,32	23,40	30,70	27,80	19,85	25,12	31,47	20,17
4. Scharlach	—	0,45	0,13	0,21	—	0,14	0,19	—	0,13	—	—
5. Masern und Röteln	1,15	1,81	1,34	0,84	0,42	0,70	1,35	0,76	1,15	2,40	2,58
6. Diphtherie und Krupp	2,29	5,43	3,22	1,47	1,28	1,41	3,09	3,82	3,33	2,13	6,01
7. Keuchhusten	3,63	1,81	3,09	0,42	0,42	0,42	4,44	0,76	3,21	2,67	2,58
10 a) Rose	0,76	1,36	0,94	0,63	2,55	1,26	0,97	2,29	1,41	0,27	0,86
b) Andere Wundinfektionskrankheiten	1,53	0,91	1,34	1,26	1,70	1,41	1,54	0,39	1,15	1,60	1,72
11 a) Tuberkulose der Lungen	0,57	0,91	0,67	0,84	—	0,56	1,16	0,76	1,03	0,53	0,43
b) Tuberkulose anderer Organe	1,53	0,91	1,34	1,05	1,28	1,12	0,77	1,53	1,03	1,87	0,43
c) Akute allgemeine Miliartuberkulose	0,95	—	0,67	0,63	0,85	0,70	—	0,39	0,13	0,27	0,43
12. Lungenentzündung	11,64	8,14	10,60	11,37	12,77	11,83	8,88	12,21	10,00	9,60	11,58
13. Influenza	0,38	—	0,26	0,63	3,83	1,69	0,19	3,05	1,15	1,07	4,72
14. Andere übertragbare Krankheiten	1,72	4,52	2,56	0,84	6,81	2,82	2,32	3,05	2,56	4,80	5,15
15. Krankheiten der Atmungsorgane	3,24	4,98	3,76	2,75	2,55	2,68	3,67	3,05	3,46	4,53	6,44
16. Krankheiten der Kreislauforgane	1,34	—	0,94	3,79	2,98	3,52	2,70	1,91	2,44	4,00	1,72
17 a) Blutungen im Gehirn, Gehirnschlag	0,19	—	0,13	—	—	—	0,39	—	0,26	0,27	0,86
b) Krämpfe, Hirnhautentzündung	7,06	4,07	6,17	8,64	5,11	7,46	6,18	5,74	6,03	5,87	5,15
18 a) Magen-Darmkatarrh, Brechdurchfall	18,89	14,93	17,72	16,21	13,19	15,22	17,96	17,94	17,95	12,80	9,01
b) Abzehrung	5,15	8,14	6,04	3,79	5,96	4,52	6,37	6,11	6,28	4,26	3,43
c) Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	2,29	1,81	2,16	2,11	2,13	2,12	1,54	2,67	1,92	1,87	0,43
19. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	0,57	0,45	0,54	0,21	0,85	0,42	0,97	2,29	1,41	0,80	0,86
20 a) Krebs	—	—	—	0,21	—	0,14	—	—	—	—	—
b) Sonstige Neubildungen	—	—	—	0,42	—	0,28	0,19	0,39	0,26	—	—
21 b) Mord und Totschlag	0,19	3,62	1,21	—	1,28	0,42	—	0,76	0,26	—	3,00
c) Verunglückungen	0,38	0,91	0,54	0,84	—	0,56	—	1,15	0,38	1,33	1,29
22. Andere benannte Todesursachen	4,20	4,52	4,30	5,68	4,68	5,36	3,47	4,20	3,72	4,26	8,15
23. Todesursachen nicht angegeben	1,72	4,98	2,68	0,84	5,96	2,54	3,86	4,96	4,23	1,33	3,00
Insgesamt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

darauf verwiesen werden, wie im Laufe der Jahre Magenkatarrh, Magendarmkatarrh und Brechdurchfall, die für die Säuglinge so bedrohlichen Verdauungskrankheiten immer weniger Opfer gefordert haben und so allmählich in ihrer Bedeutung als Todesursache wenigstens für die Jahre mit nicht zu heißem Sommer zurückgedrängt werden, eine Tatsache, die sich nicht bloß bei den ehelichen, sondern auch bei den zumeist nicht mit Muttermilch genährten unehelichen Säuglingen aus den mitgeteilten Zahlen ersehen läßt. Während zu Beginn des Jahrhunderts noch mehr als 30 Proz. der Säuglingssterbefälle auf akute Verdauungskrankheiten zurückzuführen waren, kamen 1912 bis 1920 im Durchschnitt nur 14,87 Proz. der Säuglingssterbefälle auf Rechnung dieser Krankheiten, in den Jahren 1915, 1916 und 1919 noch weit weniger (11,36 bzw. 7,05 bzw. 10,98 Proz.).

Bezieht man die nach Todesursachen gegliederten Säuglingssterbefälle auf die Zahl der Lebendgeborenen, so ergibt sich zunächst für die Jahre

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ielen auf nebenstehende Todesursachen:

1916		1917			1918			1919			1920		
Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Überh.
27,32	30,18	26,57	18,68	23,24	28,53	27,33	28,14	34,02	33,14	33,73	27,23	36,09	29,89
0,55	0,22	0,37	—	0,21	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2,73	2,64	1,48	1,52	1,49	—	0,67	0,21	0,58	—	0,39	0,76	—	0,53
5,46	3,96	2,21	2,52	2,35	1,57	1,33	1,49	0,88	2,96	1,55	0,76	1,19	0,89
4,37	2,86	2,58	2,02	2,35	4,70	2,67	4,05	5,28	2,96	4,51	2,04	0,59	1,60
1,64	0,89	0,37	2,02	1,07	0,31	0,67	0,43	—	—	—	0,51	0,59	0,53
0,55	0,89	1,84	0,51	1,28	2,51	2,00	2,35	1,76	0,59	1,37	2,30	1,19	1,96
1,09	0,66	1,84	—	1,07	1,25	—	0,85	0,58	0,59	0,59	0,25	—	0,18
1,09	1,32	1,10	1,01	1,07	2,19	—	1,49	0,88	1,18	0,98	1,28	—	0,89
—	0,44	0,74	—	0,43	—	0,67	0,21	—	1,18	0,39	0,25	—	0,18
13,66	10,14	8,12	15,65	11,29	9,72	13,33	10,88	9,68	10,65	10,00	13,99	8,88	12,46
1,09	0,66	0,74	0,51	0,64	4,08	2,00	3,41	2,35	3 55	2,75	5,60	5,91	5,69
6,01	5,73	5,17	7,07	5,97	2,19	3,33	2,56	4,40	10,07	6,27	2,54	5,32	3,38
2,19	2,42	3,69	1,01	2,56	3,45	5,33	4,05	5,28	4,14	4,90	4,58	2,96	4,09
2,73	2,86	3,32	2,02	2,77	3,13	4,67	3,62	3,52	3,55	3,53	4,58	2,37	3,91
—	0,22	—	0,51	0,21	0,31	—	0,21	0,58	0,59	0,59	0,51	—	0,36
5,46	7,48	4,80	5,05	4,90	4,39	5,33	4,69	7,92	4,14	6,67	7,12	4,74	6,41
8,20	7,05	22,14	20,20	21,32	15,05	14,67	14,94	11,44	10,06	10,98	15,78	11,82	14,59
3,82	2,86	1,48	8,58	4,48	3,45	5,33	4,05	2,35	1,18	1,97	2,04	2,96	2,31
0,55	2,20	1,10	1,52	1,28	1,57	0,67	1,28	2,05	—	1,37	2,04	1,78	1,96
—	0,44	0,37	1,01	0,64	1,25	—	0,85	0,29	0,59	0,39	0,76	1,19	0,89
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	0,37	—	0,21	—	—	—	0,29	—	0,20	—	—	—
2,73	1,10	—	0,51	0,21	—	0,67	0,21	—	—	—	—	0,59	0,18
—	0,89	0,74	1,01	0,85	0,63	—	0,43	—	—	—	0,25	—	0,18
3,82	8,59	8,12	5,55	7,04	8,15	6,00	7,47	2,64	2,96	2,75	4,58	5,32	4,80
4,92	3,30	0,74	1,52	1,07	1,57	3,33	2,13	3,23	5,92	4,12	0,25	6,51	2,14
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1918 und 1919 eine erhöhte Sterblichkeit an Lebensschwäche. War sie nur in den Jahren 1913 und 1915 höher als 3,50 auf 100 Lebendgeborene, und betrug sie im Mittel der Jahre 1912 bis 1917 nur 3,39, so stieg sie 1918 auf 4,19, im Jahre 1919 vollends auf 4,87, d. i. 0,80 bzw. 1,48 auf 100 Lebendgeborene mehr als im Mittel der vorhergehenden Jahre. Da die Sterblichkeit an Lebensschwäche weniger auf Ursachen beruht, die von außen an den Säugling herantreten, sondern in rein biologischen Verhältnissen ihre Begründung zu finden pflegt, muß man die Erhöhung der Sterblichkeit an angeborener Lebensschwäche der mit der Länge des Krieges zunehmenden Verschlechterung der Ernährungsverhältnisse der Mütter zur Last legen. An dieser Mehrsterblichkeit an angeborener Lebensschwäche in den beiden letzten Jahren haben sowohl die ehelichen wie die unehelichen Säuglinge Anteil. Namentlich im Jahre 1919 tritt diese Erhöhung zahlenmäßig deutlich in Erscheinung, und für dieses Jahr findet die erhöhte Sterblichkeitsziffer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Auf 100 (ehel., unehel., überh.) Lebendgebor

Todesursache	1912			1913			1914		
	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Überh.	Ehel.	Unehel.	Üb
1. Angeborene Lebensschwäche	3,06	5,55	3,48	3,44	5,35	3,78	3,16	4,65	
4. Scharlach	—	0,10	0,02	0,02	—	0,02	0,02	—	
5. Masern und Röteln	0,12	0,40	0,17	0,08	0,10	0,09	0,15	0,18	
6. Diphtherie und Krupp	0,24	1,19	0,41	0,16	0,29	0,17	0,35	0,90	
7. Keuchhusten	0,39	0,40	0,39	0,04	0,10	0,05	0,51	0,18	
10 a) Rose	0,08	0,30	0,12	0,06	0,58	0,16	0,11	0,54	
b) Andere Wundinfektionskrankheiten	0,16	0,20	0,17	0,14	0,39	0,17	0,18	0,09	
11 a) Tuberkulose der Lungen	0,06	0,20	0,08	0,08	—	0,07	0,13	0,18	
b) Tuberkulose anderer Organe	0,16	0,20	0,17	0,12	0,29	0,14	0,09	0,35	
c) Akute allgemeine Miliartuberkulose	0,10	—	0,08	0,06	0,19	0,09	—	0,09	
12. Lungenentzündung	1,24	1,78	1,34	1,14	2,92	1,46	1,01	2,86	
13. Influenza	0,04	—	0,03	0,06	0,88	0,21	0,02	0,72	
14. Andere übertragbare Krankheiten	0,18	0,99	0,32	0,08	1,56	0,35	0,26	0,72	
15. Krankheiten der Atmungsorgane	0,36	1,09	0,47	0,27	0,58	0,33	0,42	0,72	
16. Krankheiten der Kreislauforgane	0,14	—	0,12	0,38	0,68	0,43	0,31	0,45	
17 a) Blutungen im Gehirn, Gehirnschlag	0,02	—	0,02	—	—	—	0,04	—	
b) Krämpfe, Hirnhautentzündung	0,76	0,89	0,78	0,86	1,17	0,92	0,70	1,34	
18 a) Magen-Darmkatarrh, Brechdurchfall	2,02	3,27	2,99	2,23	1,62	3,02	2,42	1,87	2,05	4,21	3,33
b) Abzehrung	0,56	1,78		0,76	0,38	1,36		0,55	0,72	1,43	
c) Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	0,24	0,40	0,27	0,22	0,49	0,26	0,18	0,63	
19. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	0,06	0,10	0,07	0,02	0,19	0,05	0,11	0,54	
20 a) Krebs	—	—	—	0,02	—	0,02	—	—	
b) Sonstige Neubildungen	—	—	—	0,04	—	0,03	0,02	0,09	
21 b) Mord und Totschlag	0,02	0,78	0,15	—	0,29	0,05	—	0,18	
c) Verunglückungen	0,04	0,20	0,07	0,08	—	0,07	—	0,27	
22. Andere benannte Todesursachen	0,46	0,99	0,54	0,57	1,07	0,66	0,39	0,99	
23. Todesursachen nicht angegeben	0,18	1,09	0,34	0,08	1,36	0,31	0,44	1,17	
Überhaupt	10,69	21,90	12,60	10,02	22,86	12,31	11,37	23,48	

für Säuglinge in der höheren Mortalität an Lebensschwäche ihre hinreichende Erklärung (vgl. Tabelle II und IV).

Die Sterblichkeit an akuten Verdauungskrankheiten ist erfreulicherweise gegen die Vorjahre ganz erheblich gesunken. Sie hält sich in der Berichtszeit auf ziemlich niedrigem Niveau. Hatte sie 1901 bis 1905 im Jahresmittel 5,34 auf 100 Lebendgeborene betragen bei einem Maximum von 6,73 im Jahre 1903 und einem Minimum von 3,17 im Jahre 1902, so stellte sie sich 1912 bis 1920 im Durchschnitt auf 1,89 auf 100 Lebendgeborene; die Höchststerblichkeit an akuten Verdauungskrankheiten fand mit 3,01 im Jahre 1917 statt, während 1916 die bisher niedrigste Mortalität an Magendarmkatarrh und Brechdurchfall in Höhe von 0,83 zu beobachten war. Auch in den Jahren 1915, 1919 und 1920 blieb sie mit 1,32, 1,58 bzw. 1,57 noch ziemlich niedrig. 1913 betrug sie nur 1,87; in den Jahren 1912 und 1918 war sie mit 2,23 bzw. 2,22 gleich hoch, und selbst in dem heißen Sommer 1914 erreichte sie die nur geringe Höhe von 2,47 auf 100 Lebendgeborene.

Bei den unehelichen Säuglingen ist die Sterblichkeit an akuten Verdauungsstörungen fast durchweg doppelt so hoch wie bei den ehelichen Kindern; hier beträgt sie im Durchschnitt der Berichtsjahre 1,60, dort dagegen 3,22 auf 100 Lebendgeborene. Das gleiche trifft auch bei Atrophie als Todesursache zu mit Ausnahme des Jahres 1919, in dem die Sterblichkeit der unehelichen an Abzehrung sich nicht von derjenigen der ehelichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nen Säuglingssterbefälle:

1915			1916			1917			1918			1919			1920		
	Unehel.	Ehel.	Ehel.	Unehel.	Ehel.	Ehel.	Unehel.	Ehel.	Ehel.	Unehel.	Ehel.	Ehel.	Unehel.	Ehel.	Ehel.	Unehel.	Ehel.
0	4,59	3,15	2,87	6,38	3,56	2,74	5,32	3,28	3,56	6,95	4,19	3,98	9,06	4,87	2,40	7,92	3,21
.	—	—	—	0,13	0,03	0,04	—	0,03	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	0,59	0,29	0,23	0,64	0,31	0,15	0,43	0,21	—	0,17	0,03	0,07	—	0,05	0,07	—	0,05
9	1,37	0,42	0,26	1,28	0,47	0,23	0,72	0,33	0,20	0,34	0,22	0,10	0,81	0,23	0,07	0,26	0,10
4	0,59	0,30	0,16	1,02	0,34	0,27	0,58	0,33	0,59	0,68	0,61	0,62	0,81	0,65	0,18	0,13	0,17
2	0,20	0,06	0,03	0,38	0,10	0,04	0,58	0,15	0,04	0,17	0,06	—	—	—	0,05	0,13	0,05
4	0,39	0,19	0,10	0,13	0,10	0,19	0,14	0,18	0,30	0,51	0,35	0,21	0,16	0,20	0,20	0,26	0,21
5	0,10	0,06	0,03	0,26	0,08	0,19	—	0,15	0,16	—	0,13	0,07	0,16	0,08	0,02	—	0,02
7	0,10	0,15	0,12	0,26	0,16	0,11	0,29	0,15	0,27	—	0,22	0,10	0,32	0,14	0,11	—	0,10
2	0,10	0,04	0,06	—	0,05	0,08	—	0,06	—	0,17	0,03	—	0,32	0,05	0,02	—	0,02
6	2,63	1,20	0,69	3,18	1,20	0,84	4,46	1,60	1,21	3,38	1,63	1,13	2,91	1,44	1,24	2,08	1,36
9	1,07	0,29	0,03	0,26	0,08	0,08	0,14	0,09	0,51	0,51	0,51	0,27	0,97	0,40	0,50	1,30	0,61
3	1,17	0,57	0,49	1,40	0,68	0,52	2,01	0,85	0,27	0,85	0,38	0,51	2,76	0,91	0,22	1,17	0,36
0	1,46	0,61	0,23	0,51	0,29	0,38	0,29	0,36	0,43	1,35	0,60	0,62	1,13	0,71	0,40	0,65	0,44
6	0,39	0,36	0,26	0,64	0,34	0,34	0,58	0,39	0,38	1,18	0,54	0,41	0,98	0,51	0,40	0,52	0,42
8	0,20	0,06	0,03	—	0,03	—	0,14	0,03	0,04	—	0,03	0,07	0,16	0,08	0,05	—	0,04
2	1,17	0,65	0,78	1,28	0,88	0,50	1,44	0,69	0,55	1,36	0,70	0,93	1,13	0,97	0,63	1,04	0,69
4	2,05	1,32	0,56	1,91	0,83	2,28	5,76	3,01	1,88	3,73	2,22	1,34	2,76	1,58	1,39	2,60	1,57
8	0,78	1,78 0,46	0,20	0,88	1,17 0,34	0,15	2,45	3,65 0,64	0,43	1,35	2,82 0,60	0,27	0,32	1,87 0,29	0,18	0,65	1,82 0,25
7	0,10	0,15	0,29	0,13	0,26	0,11	0,43	0,18	0,20	0,17	0,19	0,24	—	0,20	0,18	0,39	0,21
7	0,20	0,09	0,06	—	0,05	0,04	0,29	0,09	0,16	—	0,13	0,03	0,16	0,05	0,07	0,26	0,10
-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
-	—	—	—	—	—	0,04	—	0,03	—	—	—	0,03	—	0,03	—	—	—
-	0,68	0,13	—	0,64	0,13	—	0,14	0,03	—	0,17	0,03	—	—	—	—	0,13	0,02
2	0,29	0,15	0,12	—	0,10	0,08	0,29	0,12	0,08	—	0,06	—	—	—	0,02	—	0,02
8	1,85	0,67	1,05	0,88	1,01	0,84	1,58	0,99	1,02	1,53	1,11	0,31	0,81	0,40	0,40	1,17	0,52
8	0,68	0,23	0,20	1,15	0,39	0,08	0,43	0,15	0,20	0,85	0,32	0,38	1,62	0,59	0,02	1,42	0,23
0	22,73	11,60	8,85	23,34	11,81	10,32	28,49	14,12	12,48	25,42	14,90	11,69	27,35	14,43	8,82	22,08	10,77

Säuglinge unterschied. Namentlich im Jahre 1917 tritt diese Mehrsterblichkeit an den beiden Ursachen der unehelichen Säuglinge mit 8,21 gegen 2,43 bei den ehelichen augenfällig in Erscheinung.

Nächst der Sterblichkeit an Lebensschwäche und akuten Verdauungsstörungen verdient die Sterblichkeit an Lungenentzündung besondere Beachtung. In den Jahren 1912 bis 1920 betrug sie bei den Säuglingen insgesamt durchschnittlich 1,38, bei einem Maximum von 1,63 (1918) und einem Minimum von 1,20 (1915 und 1916). Bei den ehelichen Säuglingen war diese Sterblichkeit mit 1,05 im Mittel weit geringer; das Maximum betrug hier 1,24 (1912), das Minimum 0,69 (1916). Dagegen war die durchschnittliche Sterblichkeitsziffer der unehelichen Säuglinge mit 2,84 auf 100 Lebendgeborene ganz erheblich höher; am niedrigsten war sie 1912 mit 1,78, am höchsten 1917 mit 4,46 auf 100 Lebendgeborene, d. i. das Vierfache der Sterblichkeit der ehelichen Kinder an Lungenentzündung. Bei der Sterblichkeit an Krämpfen ist der Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Säuglingen bei weitem und auch nicht durchgängig so groß, wie bei den angeführten drei Todesursachen; die Sterblichkeitsziffern selbst schwanken in den engen Grenzen von 0,65 (1915) und 0,97 (1919) bei einem Mittel von 0,79 bei den Säuglingen insgesamt. Bei den ehelichen Säuglingen war sie im Mittel mit 0,70 etwas niedriger, bei den unehelichen betrug sie im Durchschnitt 1,19.

An den Infektionskrankheiten Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten starben in den Jahren 1912 bis 1920 insgesamt 0,82 auf 100 Lebend-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geborene; die Höchstziffern fielen in die Jahre 1914 bis 1916 mit 1,08, 1,01 bzw. 1,15. Bei den ehelichen Säuglingen stellte sich diese Mortalitätsziffer im Mittel auf 0,65 bei einem Maximum von 1,03 im Jahre 1914 und einem Minimum von 0,30 im Jahre 1913. Auf das 2½fache dieses Durchschnitts stellte sich die Sterblichkeit an diesen Infektionskrankheiten bei den unehelichen Säuglingen mit 1,60 im Mittel bei einem Maximum von 3,07 (1916) und einem Minimum von 0,49 (1913).

Niedrig war die Tuberkulosesterblichkeit der Säuglinge mit 0,29 im Mittel, 0,26 bei den ehelichen und 0,40 bei den unehelichen Säuglingen. Lediglich in den letzten Jahren 1917 bis 1919 war sie etwas höher und überstieg den Durchschnitt, namentlich bei den ehelichen Kindern. Grippe und Influenza, die in den beiden Jahren 1918 und 1919 eine ganz erhebliche Anzahl von Opfern gefordert hatten, kommen bei der Säuglingssterblichkeit nur in ganz mäßigem Umfange als Todesursachen in Betracht. Im Jahre 1918 starben 0,51, im Jahre 1919 nur 0,40 auf 100 Lebendgeborene an dieser Krankheit, wobei die Sterblichkeitsziffer der unehelichen Kinder mit 0,97 mehr als dreimal so hoch ist wie bei den ehelichen. Demgegenüber brachte allerdings das Jahr 1920 eine kleine Erhöhung der Sterblichkeit an diesen Todesursachen auf 0,61 mit sich, bei den unehelichen Säuglingen sogar auf 1,30 auf 100 Lebendgeborene. Über den Anteil der übrigen, zahlenmäßig weiter zurücktretenden Todesursachen an der Gestaltung der Säuglingssterblichkeit unterrichten die beigefügten Übersichten (Tabelle II und IV).

Die Gliederung der Säuglingssterbefälle nach Todesursachen ermöglicht es, den Einwirkungen nachzugehen, die in den einzelnen Jahren der Berichtszeit zu einer Erhöhung der Säuglingssterblichkeit geführt haben. Die rückläufige Bewegung der Säuglingssterblichkeit Charlottenburgs war im Jahre 1907 zu einem vorläufigen Stillstand gekommen. Die Mortalitätsziffern der Jahre 1907 bis 1913 bewegten sich mit Ausnahme derjenigen für 1911 zwischen 12,12 und 12,79 auf 100 Lebendgeborene um das Mittel 12,43. Die Ursachen für die höhere Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre 1911 liegen in den abnormen Hitzeverhältnissen des Sommers und sind hinlänglich bekannt. Das Jahr 1914 zeichnete sich ebenfalls durch einen sehr heißen Sommer aus und hatte auch eine den Durchschnitt der letzten Jahre etwas übersteigende Sterbeziffer für Säuglinge aufzuweisen. Dabei kann man indes die Sterblichkeit an akuten Verdauungskrankheiten mit 2,47 auf 100 Lebendgeborene gegenüber 2,23 im Jahre 1912 durchaus nicht als hoch bezeichnen, und wenn sie um 0,60 höher war als 1913, so wird dieses Mehr durch die geringe Sterblichkeit an Lebensschwäche zum guten Teile ausgeglichen. Im Jahre 1910 mit seiner niedrigen Säuglingssterblichkeit von 12,18 war übrigens mit 2,45 eine gleich hohe Mortalität an akuten Verdauungsstörungen zu beobachten. Des weiteren war auch die Sterblichkeit an Atrophie 1914 etwas höher als 1913, ohne indes die Sterbeziffer an Abzehrung für 1912 sehr merklich zu übersteigen. Eine Mehrsterblichkeit gegenüber 1913 ergibt sich ferner bei den Infektionskrankheiten Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten mit zusammen 1,08 gegenüber 0,33 im Vorjahre, während der Unterschied gegen 1912 (0,99) nur ziemlich unerheblich ist. Man kann wohl sagen, gegenüber dem Jahre 1913 ist die Mehrsterblichkeit der Säuglinge 1914 zurückzuführen auf diejenige an akuten Verdauungsstörungen und Atrophie, zusammen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

+ 0,91, sowie an Infektionskrankheiten mit + 0,75. Das ergibt ein Mehr von 1,66, worauf die Mindersterblichkeit an Lebensschwäche mit 0,32 in Anrechnung kommt, so daß sich im ganzen aus dieser Gegenüberstellung ein Mehr von 1,34 bei einer Gesamtmehrsterblichkeit von 1,45 auf 100 Lebendgeborene gegenüber dem Jahre 1913 ergibt. Versucht man dagegen festzustellen, auf welche bestimmte Todesursache diese Mehrsterblichkeit 1914 gegenüber den anderen Jahren zusammen zurückzuführen ist, so erweist sich dieser Versuch als undurchführbar. Vergleicht man die Sterbeziffern der Jahre einzeln mit denen von 1914, so erweist sich die Mehrsterblichkeit des Jahres 1914 als Resultante jeweils so verschiedenartiger Komponenten, daß sich mehrere größere, gleichgerichtet wirkende nicht aufzeigen lassen.

Im Jahre 1917 ist die Mehrsterblichkeit der Säuglinge gegenüber der Vorkriegszeit namentlich auf die höhere Mortalität der unehelichen Säuglinge zurückzuführen, während die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge, wiewohl höher als 1915 und 1916, sich auf dem niedrigen Stande der letzten Vorkriegsjahre hält. Diese erhöhte Mortalität der unehelichen Kinder ist hauptsächlich auf die Mehrsterblichkeit an akuten Verdauungskrankheiten und Lungenentzündung zurückzuführen. An Magendarmkatarrh, Brechdurchfall und Atrophie starben 1917 auf 100 unehelich Lebendgeborene 8,21 gegen 2,79 und 2,83 in den beiden Vorjahren 1916 und 1915 und 5,64 im Jahre 1914. Die Sterblichkeit an Lungenentzündung erreichte die Höhe von 4,46 gegen 3,18 und 2,63 in den beiden vorausgehenden Jahren. Zwar war die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge an akuten Verdauungsstörungen auch etwas höher als in den vorausgehenden Jahren, jedoch nicht hoch genug, um die Gesamtsterblichkeitsziffer in dem Maße zu beeinflussen, wie dies durch die erhebliche Mehrsterblichkeit der unehelichen Säuglinge geschehen ist.

Dagegen waren im nächsten Jahre 1918 an der erhöhten Säuglingssterblichkeit in der Hauptsache die ehelichen Kinder beteiligt, weniger die unehelichen mit ihrer gegen das Vorjahr geringeren Sterblichkeit. Angeborene Lebensschwäche, Lungenentzündung und Influenza hatten den Hauptanteil an der Mehrsterblichkeit der ehelichen Kinder gegenüber den letzten Vorjahren 1915 und 1916. Bei den unehelichen Säuglingen war die verhältnismäßig geringe Mehrsterblichkeit im wesentlichen durch den etwas höheren Anteil der an angeborener Lebensschwäche Verstorbenen bedingt.

Mehr noch als im Vorjahre werden 1919 die Sterblichkeitsverhältnisse durch angeborene Lebensschwäche beherrscht, hauptsächlich bei den unehelichen Kindern. Gegen das Mittel der Jahre 1912 bis 1917 betrug die Mehrsterblichkeit an angeborener Lebensschwäche bei den ehelichen Säuglingen 0,98, bei den unehelichen 3,75 und bei den Säuglingen insgesamt 1,42 auf 100 Lebendgeborene. Ohne diese Erhöhung würde sich die Sterbeziffer auf 10,71 bzw. 23,60 bzw. 13,01 bei den ehelichen bzw. unehelichen bzw. Säuglingen insgesamt stellen, also auf Ziffern, die von denen der letzten Vorkriegsjahre nicht allzu erheblich abweichen. Die Sterblichkeit an akuten Verdauungskrankheiten hält sich sowohl bei den ehelichen wie unehelichen Kindern auf ziemlich niedrigem Stande. Bemerkenswert ist 1919 ebenso wie 1917 die verhältnismäßig stark erhöhte Sterbeziffer an anderen übertragbaren Krankheiten, in der Hauptsache an ererbter Lues.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für das Jahr 1920 ergibt sich ein beachtlicher Rückgang der Säuglingssterblichkeit gegenüber dem Hochstande der Jahre 1917 bis 1919 sowohl bei den ehelichen wie auch bei den unehelichen Säuglingen, derart, daß die Gesamtsterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre noch erheblich niedriger ist als in den bisher günstigsten Jahren 1915 und 1916. Dieser Rückgang ist im wesentlichen durch die gegen die beiden Vorjahre geringere Sterblichkeit an Lebensschwäche, an den Infektionskrankheiten Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten und an Krämpfen zurückzuführen, während die Sterbeziffern an Lungenentzündung und akuten Verdauungskrankheiten nur geringfügige Verschiedenheiten gegen das Vorjahr aufweisen.

5. Die Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten.

Die bisher beobachtete Tatsache, daß die Säuglingssterblichkeit ihren Höhepunkt in den heißen Sommermonaten erreicht, trifft für Charlottenburg in den Jahren der Berichtszeit nicht mehr ausnahmslos zu. Zwar läßt sich in den Sommermonaten eine etwas erhöhte Sterblichkeit der Säuglinge beobachten, doch tritt daneben noch ein zweiter Sterblichkeitsgipfel in den Wintermonaten auf, der auf die Gestaltung der Säuglingssterblichkeit in einzelnen Jahren bestimmender und nachhaltiger einwirkt als die sommerliche Sterblichkeitserhöhung. So beobachten wir 1912 im Monat August ein erhebliches Ansteigen der Säuglingssterblichkeit auf 16,89, während im Juli und September ziemlich niedrige Zahlen sich vorfinden; daneben hat aber der März mit 15,66 eine ebenso erhebliche Steigerung der Sterblichkeit aufzuweisen. Im nächsten Jahre 1913 fällt die mäßige Erhöhung der Sterblichkeit im August gegen die Vormonate nicht so sehr in die Wagschale wie die im ersten Winterhalbjahr zu beobachtende, wo die verhältnismäßig hohen Sterblichkeitsziffern von 13,71 (höher als im August), 15,47 und 14,60 anzutreffen sind. Dazu gesellt sich im November noch ein zweiter Wintergipfel mit 15,04. Während 1912 die gesamte Sommersterblichkeit mit 13,65 um 1,57 höher war als in der außersommerlichen Zeit mit 12,08, ergibt sich 1913 infolge der beiden Wintergipfel eine niedrigere Sommersterblichkeit mit 11,84 gegen 12,27 in der außersommerlichen Zeit.

Das Jahr 1914 brachte mit seinem heißen und andauernden Sommer auch eine erhöhte Sommersterblichkeit. Zwar ist die Sterblichkeit im Juli mit 11,41 noch als sehr niedrig zu bezeichnen; doch schon im August schnellte sie auf 16,46 empor, um im September noch weiter auf 17,42 zu steigen. Aber während sonst die Säuglingssterblichkeit nach einem Sommergipfel bald wieder abzufallen pflegt, hielt sie sich nach einem vorübergehenden Rückgang im Oktober bis zum Jahresschluß auf beachtlicher Höhe. Daraus ergibt sich für die Sommermonate eine beträchtliche Erhöhung der Sterblichkeitsziffer auf 15,10; aber auch für die außersommerliche Zeit stellt sich die Säuglingssterblichkeit höher als 1912 und 1913. Mit 1,69 auf 100 Lebendgeborene war indes die Erhöhung der Sommersterblichkeit gegenüber der in den außersommerlichen Monaten beobachteten nicht höher als 1912, und ebensowenig, wie 1912 diese geringe sommerliche Mehrsterblichkeit zu einer wesentlichen Erhöhung der Sterblichkeitsziffer fürs ganze Jahr beigetragen hat, kann die etwas höhere Sommersterblichkeit 1914 zur Erklärung der höheren Jahressterblichkeit angeführt werden. Gewiß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war die Sommersterblichkeit zum Teil beträchtlich höher als etwa 1909, 1910, 1912 und 1913 oder etwa 1915 und 1916; aber auch in der nicht sommerlichen Zeit herrschte eine über dem bisherigen Durchschnitt höhere Säuglingssterblichkeit. In beiden Jahren, 1912 sowohl wie 1914, betrug das Verhältnis der Säuglingssterbeziffer in der außersommerlichen Zeit zu der sommerlichen 1 : 1,13.

Ähnlich wie das Jahr 1913 hebt das Jahr 1915 mit einem Wintergipfel der Säuglingssterblichkeit an, dem sich ein zweiter Wintergipfel im Dezember 1915 und im Januar 1916 anschließt. Die Zahlen für die Sommermonate weisen auf eine bis dahin in Charlottenburg noch nicht beobachtete niedrige Säuglingssterblichkeit, die zweifelsohne nicht ohne Einfluß auf die Gestaltung der Sterblichkeitsziffer für das ganze Jahr geblieben ist; die Sommersterblichkeit betrug nur drei Viertel der in der außersommerlichen Zeit beobachteten. Dagegen weist die Säuglingssterblichkeit 1917 einen ausgeprägten Sommergipfel auf. Im Juli steigt die Säuglingssterblichkeit von 12,77 im Juni auf 16,73, im August auf 19,35 und bleibt im September noch immer auf der stattlichen Höhe von 16,92, um im Oktober auf 11,52 zu fallen. Im Mittel erreicht die Sommersterblichkeit 17,67, beinahe die Ziffer des Jahres 1911, wo sie 17,80 betragen hatte. Nach den nur vorübergehenden Erhöhungen im Februar 1917 mit 16,67 und Mai mit 15,33 setzt im Dezember ein Wintergipfel mit 17,42 ein, der sich auch im nachfolgenden Monat Januar 1918 noch behauptet. Immerhin hält sich die Sterblichkeit der außersommerlichen Zeit mit 12,63 auf mäßiger Höhe und ist noch niedriger als im Jahre 1911 mit 13,22; zur Sterblichkeit in den Sommermonaten stellt sie sich wie 1 : 1,40, während sich dieses Verhältnis im Jahre 1911 auf 1 : 1,35 stellte. Gemessen an der Mortalität in der außersommerlichen Zeit war somit die Säuglingssterblichkeit des Sommers 1917 noch um ein geringes höher als 1911, wie sie dann auch im Juli und September höher und nur im August niedriger war als in den entsprechenden Monaten des Jahres 1911.

Die monatliche Säuglingssterblichkeit 1912 bis 1920.

Jahr	Säuglingssterblichkeit im Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Jahresmittel	Juli bis September	Januar bis Juni und Oktober bis Dezemb.
1912	12,20	12,10	15,66	10,65	12,10	13,05	12,85	**16,89**	11,21	**9,43**	12,02	11,70	12,49	13,65	12,08
1913	13,71	**15,47**	14,60	11,34	**8,96**	10,38	11,50	13,14	10,87	10,47	15,04	11,29	12,23	11,84	12,27
1914	13,17	12,33	12,62	14,32	11,57	13,33	**11,41**	16,46	**17,42**	13,86	14,28	15,20	13,83	15,10	13,41
1915	13,32	**15,85**	14,51	11,98	13,12	10,88	**8,95**	9,28	9,65	9,11	9,64	13,32	11,63	9,29	12,31
1916	**14,40**	11,25	10,68	14,38	11,80	10,36	12,70	**8,97**	13,86	9,58	11,15	11,84	11,75	11,84	11,72
1917	11,30	16,67	11,78	12,68	15,33	12,77	16,73	**19,35**	16,92	11,52	**6,25**	17,42	14,06	17,67	12,63
1918	16,41	10,55	17,49	**10,20**	12,83	19,46	13,86	14,91	13,13	12,82	16,97	**19,71**	14,86	13,97	15,16
1919	17,16	**19,88**	12,06	10,71	12,06	13,16	16,61	**10,17**	14,35	14,93	17,61	11,89	14,21	13,70	14,38
1920	11,66	19,14	**19,60**	11,12	10,30	7,96	8,10	10,57	7,25	**6,99**	7,84	10,20	10,89	8,64	11,65

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	Von 100 Säuglingssterbefällen entfielen in die Sommermonate						Von 100 Säuglingssterbefällen waren durch akute Verdauungsstörungen herbeigeführt						Sterbefälle an akuten Verdauungskrankheiten auf 100 Lebendgeborene			
	überhaupt		an akuten Verdauungskrankheiten				in den Sommermonaten				im Januar bis Juni im Oktober bis Dezember					
	ehel.	unehel.	überh.	ehel.	unehel.	überh.	ehel.	unehel.	überh.	ehel.	unehel.	überh.	überh.	im Sommer	Januar bis Juni Oktob. bis Dezemb.	
1912	29,20	23,03	27,38	58,59	36,36	53,03	37,91	23,53	34,31	11,05	12,35	11,46	2,23	4,68	1,37	
1913	25,26	21,70	24,08	33,77	35,48	34,26	21,67	21,57	21,64	14,37	10,87	13,17	1,87	2,56	1,62	
1914	30,50	21,76	27,56	67,74	44,68	60,00	39,87	36,84	39,07	8,33	12,68	9,91	2,47	6,00	1,33	
1915	20,00	18,88	19,57	39,58	57,14	44,96	25,33	27,27	26,05	9,67	4,76	7,77	1,32	2,42	0,96	
1916	25,09	22,95	24,23	47,06	33,33	40,62	11,76	11,90	11,82	4,43	7,09	5,52	0,83	1,40	0,65	
1917	32,84	28,79	31,13	60,00	52,25	57,00	40,45	36,84	39,04	13,19	13,47	13,31	3,01	6,90	1,68	
1918	24,45	21,33	23,45	33,33	36,36	34,29	20,51	25,00	21,81	13,28	11,86	12,81	2,22	3,05	1,94	
1919	24,05	23,08	23,73	46,15	17,65	37,50	21,95	7,69	17,35	8,11	10,77	9,00	1,58	2,38	1,30	
1920	21,37	22,94	21,85	46,77	30,00	42,68	34,52	15,38	28,46	10,68	10,69	10,68	1,57	2,46	1,24	

Während in den beiden nächsten Jahren die sommerliche Säuglingssterblichkeit die im Jahre 1912 beobachtete nur wenig überstieg, und somit als verhältnismäßig niedrig bezeichnet werden kann, erfuhr die Säuglingssterblichkeit in der außersommerlichen Zeit eine wenigstens nicht unbeträchtliche Erhöhung. Namentlich weisen die Monate März mit 17,49 und Juni mit 19,46 eine höhere Säuglingssterblichkeit auf. Die im November 1918 einsetzende Erhöhung behauptet sich bis zum Februar 1919 mit den Höchstzahlen im Dezember (19,71) und Februar (19,88), so daß im Mittel dieser vier Monate die Säuglingssterblichkeit 18,43 beträgt. Diese hohe Letalität der Kinder im ersten Lebensjahre war im Dezember 1918 in der Hauptsache auf angeborene Lebensschwäche, Infektionskrankheiten, Lungenentzündung und Influenza (65 Proz. der Sterbefälle), im Februar 1919 auf angeborene Lebensschwäche, Lungenentzündung und Influenza (53 Proz. der Sterbefälle) zurückzuführen. Die höhere Sterblichkeit in den Monaten September bis November 1919 ist im wesentlichen auf häufigere, angeborene Lebensschwäche zurückzuführen, ein Umstand, der schon oben erwähnt wurde.

Der auf diese Erhöhung im Dezember 1919 einsetzende Rückgang der Säuglingssterblichkeit hält im ganzen Jahre 1920 an, nur unterbrochen durch einen außerordentlich hohen Sterblichkeitsgipfel in den Monaten Februar und März mit 19,14 bzw. 19,60 Sterbefällen auf 100 Lebendgeborene. Auch hier war die Mehrsterblichkeit im wesentlichen auf Lebensschwäche, Influenza und Lungenentzündung zurückzuführen. Trotz dieses hohen Wintergipfels betrug die Säuglingssterblichkeit der außersommerlichen Zeit im Durchschnitt nicht mehr als in dem günstigen Jahre 1916, während sie in den Sommermonaten mit einer Höhe von 8,64 auf 100 Lebendgeborene noch um 25 Proz. niedriger war.

Zusammenfassend ergibt sich, daß in der Berichtszeit nur in den Jahren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1912, 1914 und 1917 die Sommersterblichkeit höher als in den anderen Monaten, daß 1916 die Sommersterblichkeit nur unerheblich war gegenüber dem Jahresdurchschnitt, und daß in den anderen fünf Jahren die Sommersterblichkeit hinter der in den anderen Monaten beobachteten zurückblieb. Drückt man die Zahl der in die Sommermonate fallenden Säuglingssterbefälle in Prozenten der Jahressterbefälle aus, so ergibt sich, daß, abgesehen von der an und für sich höheren Sterblichkeit der unehelichen Kinder, prozentual etwas mehr Sterbefälle ehelicher als unehelicher Kinder in die Sommermonate fallen. Weiterhin ergibt sich, daß von den Sterbefällen an akuten Verdauungskrankheiten ein weit größerer Prozentsatz als bei den Sterbefällen insgesamt in die Sommermonate fällt, und der Prozentsatz der in den Sommermonaten an akuten Verdauungskrankheiten verstorbenen Säuglinge mit einer Ausnahme (bei den unehelichen 1919) durchweg mindestens doppelt so hoch ist wie bei den Sterbefällen in der außersommerlichen Zeit. Für eine durchgängig höhere Anteilsquote der Todesfälle an akuten Verdauungsstörungen bei den unehelichen Säuglingen geben die nebenstehenden Zahlen keinen Anhalt. Bringt man diese Anteilsquoten der Sterblichkeit an Magendarmkatarrh und Brechdurchfall in Beziehung zu den Sterblichkeitsziffern der Säuglinge in der sommerlichen und außersommerlichen Zeit, so ergeben sich selbst in den so günstigen Jahren 1913, 1915, 1916 und 1920 größere Sterblichkeitsziffern für die Monate Juli bis September als für die Monate Januar bis Juni und Oktober bis Dezember, Ziffern, die die für das ganze Jahr ermittelten zum Teil ganz erheblich überschreiten. Wenigstens stellt sich das Verhältnis der sommerlichen Säuglingssterblichkeit zur außersommerlichen bei den akuten Verdauungskrankheiten bedeutend ungünstiger als bei der Sterblichkeit insgesamt. Setzt man die Sterblichkeit in der außersommerlichen Zeit gleich 1, so betrug die Sterblichkeit der Säuglinge im Sommer

	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
Überhaupt	1,13	0,96	1,13	0,75	1,01	1,40	0,92	0,95	0,74
An akuten Verdauungsstörungen	3,42	1,58	4,51	2,50	2,15	4,11	1,57	1,83	1,98

Während im Mittel die Mehrsterblichkeit der Säuglinge überhaupt im Sommer durch eine geringere Sommersterblichkeit in anderen Jahren nahezu ausgeglichen wird, beträgt sie bei den akuten Verdauungskrankheiten noch immerhin 163 Proz. Allerdings scheint sich auch hier, wie die Zahlen für 1913, 1918 und 1919 andeuten, langsam eine Anpassung an das Sterblichkeitsniveau in der außersommerlichen Zeit anzubahnen. In dem Jahrfünft 1901 bis 1905 starben noch 12,84 auf 100 Lebendgeborene in den Sommermonaten an akuten Verdauungsstörungen. In der Zeit 1906 bis 1910 war nach der 1906 einsetzenden und intensiv durchgreifenden Säuglingsfürsorge diese Sterblichkeitsziffer auf 5,82 gefallen, und wenn sie 1912 bis 1915 auf 4,65 und 1916 bis 1920 weiter auf 3,24 gesunken ist, so sprechen diese Ziffern einmal für den Erfolg der getroffenen Fürsorgemaßnahmen hinsichtlich einer rationelleren Säuglingsernährung, zum anderen berechtigen sie zu der Hoffnung, daß sich durch weiteren Ausbau der Fürsorgetätigkeit die Sterblichkeit an akuten Verdauungsstörungen noch weiter herabdrücken und damit vielleicht eine weitere Senkung der Säuglingssterblichkeit erreichen läßt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Indes hat es den Anschein — auch die Zahlen für 1920 sprechen dafür —, als ob die Ziffer der Säuglingssterblichkeit mehr durch den hohen Wintergipfel als durch eine erhöhte Sommersterblichkeit beherrscht wird.

Säuglingssterblichkeit 1912 bis 1920 in einigen deutschen Großstädten.

Jahr	Charlottenburg	Berlin	Cöln	Breslau	München	Dresden	Leipzig	Nürnberg
				Ehelich				
1912	10,69	12,49	13,66	15,09	13,09	10,80	11,55	13,81
1913	10,02	11,69	14,03	15,98	13,35	10,67	12,58	13,79
1914	11,37	13,60	15,58	14,59	14,18	10,98	14,69	14,55
1915	8,90	11,30	11,87	14,23	12,94	8,55	10,40	12,54
1916	8,85	10,02	12,10	13,48	12,38	8,64	9,20	12,07
1917	10,32	12,38	14,68	13,43	13,32	11,35	11,80	13,58
1918	12,48	12,76	14,69	14,74	16,08	10,87	12,59	13,45
1919	11,69	13,96	14,88	16,30	14,92	10,32	13,67	13,28
1920	8,82	12,20	12,02	13,77	11,82	8,86	11,39	9,99
				Unehelich				
1912	21,90	19,18	26,13	19,93	14,25	14,19	19,63	23,84
1913	22,86	19,31	26,27	21,74	14,30	14,80	20,62	24,52
1914	23,48	19,63	24,40	20,19	14,20	14,72	21,85	20,38
1915	22,73	16,57	22,38	20,32	13,23	11,02	15,60	17,76
1916	23,34	15,18	23,73	20,95	13,16	11,89	13,89	18,32
1917	28,49	20,39	31,47	23,70	16,34	14,60	20,36	26,87
1918	25,45	24,60	32,07	25,60	23,05	16,24	21,91	25,14
1919	27,35	28,21	29,06	25,83	17,91	16,42	22,98	32,20
1920	22,08	33,03	28,33	23,87	18,71	17,17	26,86	22,31
				Überhaupt				
1912	12,60	14,00	15,23	16,13	13,45	11,59	13,26	15,79
1913	12,31	13,43	15,63	17,25	13,65	11,64	14,35	15,92
1914	13,76	15,01	16,78	15,89	14,18	11,87	16,34	15,70
1915	11,60	12,46	13,28	15,64	13,03	9,15	11,49	13,46
1916	11,81	11,20	13,64	15,14	12,53	9,41	10,27	13,11
1917	14,12	14,19	16,82	15,71	14,18	12,07	13,49	15,83
1918	14,90	15,22	16,99	17,13	15,97	11,95	14,30	15,33
1919	14,43	16,84	16,92	18,45	15,75	11,81	15,48	16,30
1920	10,77	15,56	14,24	15,85	13,45	10,28	13,98	11,80

Vergleicht man den Verlauf der Säuglingssterblichkeit 1912 bis 1920 in Charlottenburg mit dem in acht anderen Großstädten für die sich die gleiche Berechnungsart wie für Charlottenburg durchführen läßt, so zeigt derselbe im großen und ganzen eine nur zum Teil geringe Abweichung: eine Erhöhung im Jahre 1914 in Berlin, Cöln, München, Dresden und Leipzig gegenüber den beiden Vorjahren, keine Erhöhung in Hamburg und Nürnberg, eine wenn auch nur geringe Abnahme in Breslau. In den beiden Jahren 1915 und 1916 ist mit Ausnahme von Breslau eine zum Teil beträchtliche Senkung der Sterblichkeitsziffer zu beobachten, die 1917 von einer ebenso beträchtlichen Erhöhung wieder abgelöst wird. Dieser 1917 erreichte Stand behauptet sich in den beiden nächsten Jahren in fast allen Großstädten, ja er setzt sich in einigen Städten, wie Berlin, Breslau und Nürnberg, noch darüber hinaus durch. Das Anwachsen der Säuglingssterblichkeit in den zum Vergleich herangezogenen Großstädten in den beiden Jahren 1918 und 1919 über den an und für sich erhöhten Stand von 1917 hinaus ist in Charlottenburg, wie oben dargetan, in der geringeren Lebensfähigkeit der neugeborenen Kinder begründet, die sich als Auswirkung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der großen, der Gesamtbevölkerung aufgezwungeneu Entbehrungen ausweist ebenso wie die erhöhte Allgemeinsterblichkeit der Gesamtbevölkerung. Der Schluß, daß auch in den anderen Großstädten die gleiche Ursache zur höheren Säuglingssterblichkeit geführt hat, liegt nur allzu nahe. Wenn die Säuglingssterblichkeit nicht einen noch höheren Stand erreicht hat, so ist das ein Erfolg, den wir wohl in erster Linie den vorbeugenden Fürsorgemaßnahmen und dem hohen Stande unserer deutschen Hygiene verdanken.

Chronik der Sozialen Hygiene.

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

Arbeitshygiene.

Klagen über mangelnde Unterstützung des Arbeitnehmerschutzes durch die Rechtsprechung werden erneut von Gewerbeassessor Schilling im „Zentralbl. f. Gewerbehygiene" erhoben, der die Bestrafungen zu milde findet, das Strafverfahren nicht erst eingeleitet zu sehen wünscht, wenn gütliche Einwirkung auf Abstellung der Mängel versagt, ferner auch die verspätete Mitteilung des Urteils an die Gewerbeaufsicht beklagt. Schilling schlägt daher vor, daß schon vor Erhebung der Anklage die Akten dem Gewerbeaufsichtsbeamten zugänglich gemacht werden sollen, daß er auch weiter, z. B. für die Berufungsinstanz, mit dem Verfahren in Verbindung bleiben soll und immer als Sachverständiger zu hören ist.

Ein anderer Vorschlag auf gleichem Gebiet wurde der preußischen Regierung durch einen Antrag des Arztes und Abg. Dr. Beyer (Westpreußen) unterbreitet, der die Staatsregierung ersuchte, tunlichst bald eine Reform der Gewerbehygiene durchzuführen in der Richtung, daß auch die hygienisch vorgebildeten Ärzte neben den technischen Gewerbeaufsichtsbeamten als gleichberechtigte Mitarbeiter anzusehen sind. Der Antrag wies u. a. darauf hin, daß in Preußen durch den Erlaß vom 19. Juli 1884 die Ärzte aus der Gewerbeaufsicht vollkommen ausgeschaltet wurden; es bestand für den Techniker zwar die Möglichkeit, einen Arzt heranzuziehen, wenn es für erforderlich erachtet wurde, aber es sei psychologisch selbstverständlich, daß hiervon sehr selten Gebrauch gemacht wird, weil damit der Techniker seine eigene Unzulänglichkeit eingestehen würde. Dr. Beyer betonte, daß Gewerbeärzte, wie Kaup und Kölsch, Hervorragendes geleistet haben, und erwähnte einen Vorschlag von Kölsch, wonach zunächst an den Universitäten Berlin, Bonn, Breslau und Halle Lehrstühle für Gewerbehygiene geschaffen und in diese Universitätsstädte Landesgewerbeärzte gesetzt werden sollen; dort sollen Laboratorien eingerichtet werden, und gleichzeitig sollen die Universitäten das in den Kliniken vorhandene, dieses Gebiet berührende Krankenmaterial zur Verfügung stellen.

Nun wurde neuerdings gemeldet: Die ersten staatlichen Gewerbeärzte wolle das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt anstellen, fünf an der Zahl. Die künftige Ausgestaltung der Gewerbeaufsicht denke man sich an zuständiger Stelle so, daß sie von je einem ärztlich und technisch ausgebildeten Beamten ausgeübt wird. Das wäre schon eine gewisse Erfüllung einiger Wünsche.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus den Jahresberichten der Gewerbeaufsicht für 1919 hat Dr. Käthe Gaebel wieder, wie früher schon, in der „Soz. Praxis“ Auszüge und Besprechungen des Wichtigsten erscheinen lassen. Soweit es die Arbeitshygiene betrifft, seien daraus folgende Angaben entnommen:

„Die Mitwirkung der Arbeiterausschüsse bei Durchführung des Gesundheits- und Unfallschutzes war im allgemeinen nicht sehr rege. Anregungen zu Verbesserungen wurden nur in geringem Umfange gegeben. »Nur vereinzelt deckte die Hinzuziehung der Arbeiterausschüsse oder der Obmänner Mißstände auf, die ohne diese Fühlungnahme nicht hätten ermittelt werden können. Meist entsprachen die Wünsche und Beschwerden der Arbeiterausschüsse den Forderungen, die der Gewerbeinspektor schon seit längerer Zeit durchzuführen bemüht war.« Das Interesse der Ausschüsse war augensichtlich ganz vorwiegend von Lohnfragen absorbiert. Trotzdem hat sich in den meisten Fällen schon jetzt ein gutes Zusammenarbeiten der Gewerbeaufsicht mit den Ausschüssen einleiten lassen, das wertvolle Ansätze für die Zukunft enthält. In den meisten Fällen wurden die Ausschüsse oder doch die Obmänner bei Betriebsbesichtigungen aufgesucht, oft zu den Besichtigungen hinzugezogen. Dieser Verkehr gab, selbst wenn nicht erhebliche Vorschläge von seiten der Ausschüsse gemacht wurden, doch Gelegenheit zur Aufklärung für beide Teile und zu engerer Fühlungnahme. Im allgemeinen ist die Aussprache zwischen Gewerbeaufsicht und Betriebsräten freier und ungezwungener als früher. Außer dem Zustande der Wasch-, Ankleide- und Aufenthaltsräume, der Ausbesserung schadhafter Betriebseinrichtungen u. dgl. m. wurden die Pausen für Arbeiterinnen und Jugendliche, die Einlegung von Überstunden besprochen. Besonders wertvoll war die Mitwirkung der Ausschüsse bei Ausnahmeanträgen hinsichtlich der Regelung der Arbeitszeiten. Ja, die badische Gewerbeaufsicht hält eine Entlastung durch die Betriebsräte hinsichtlich der Einhaltung der Vorschriften über Arbeitszeit, Pausen, Sonntagsruhe u. dgl. für »möglich und erwünscht«. Allgemein wird betont, daß sich der Verkehr mit den Arbeiterausschüssen sachlich, in guten Formen und ohne Reibung vollzogen hat, und daß, wenn die Ausschüsse sich in den mit der Arbeitshygiene und dem Unfallschutz zusammenhängenden Aufgabenkreis erst mehr hineingearbeitet haben, gute Früchte für alle Beteiligten zu erwarten sind.“

„Auffälligerweise wird auch die günstige hygienische Wirkung des Achtstundentages keineswegs allgemein anerkannt, ja vereinzelt (Erfurt) geradezu abgesprochen — dies allerdings wesentlich da, wo sich der Achtstundentag nicht auslebte, weil die Arbeiter nach Vollendung der einen Schicht häufig noch weitere Arbeit übernahmen.“

„Aus den gesundheitsschädlichen Verrichtungen sind die Frauen mit Ausnahme Oberschlesiens wohl im wesentlichen ausgeschieden. Die Beanstandungen halten sich in angemessenen Grenzen. Nur im Bezirk Oppeln, der alten Heimatsstätte unerfreulichster Frauenarbeit, zwang der Arbeitermangel leider noch immer zur Heranziehung von Frauen in Zinkhütten (sogar zum Abfahren von Asche aus den Feuerungen), in Kokereien (Verladen des Koks), in Walzwerken (Transport von Kohlen auch nachts). Leider scheinen die Arbeiterausschüsse für die Durchführung der Sonderbestimmungen für Frauen wenig Interesse zu haben. So haben sie gerade in Oberschlesien den Genehmigungsanträgen nirgend Schwierigkeiten bereitet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Tätigkeit der Fabrikpflegerinnen hat fast überall ein Ende gefunden. Eine erhebliche Einschränkung war naturgemäß durch die Verringerung der Arbeiterinnenzahl gegeben, aber auch abgesehen davon bestand bei den Arbeitgebern wenig Neigung, die Einrichtung beizubehalten; hier und da hat auch die Arbeiterschaft die Fabrikpflegerin herausgedrängt. Soweit sie beibehalten sind, wenden sie jetzt zumeist ihr Hauptaugenmerk auf die Familienfürsorge; sie sind auch wohl mit der Prüfung von Unterstützungsgesuchen u. dgl. tätig."

Die Zahl der Jugendlichen hat sich erheblich vermindert. Es wurden in Preußen beschäftigt:

	Männlich	Weiblich	Zusammen
1918	221 000	95 000	316 000
1919	181 000	61 000	242 000
Mithin	— 40 000	— 34 000	— 74 000

Aus den sächsischen Berichten geht u. a. hervor, daß auch die Kinderarbeit, die in Sachsen wesentlich hausindustriell ist, überall da abgenommen hat, wo es an Beschäftigung fehlt, wie in der Spitzen- und Stickerei-, der Knopf- und Papierindustrie. Sie spiele aber in den zurzeit blühenden Hausgewerben, so der Musikinstrumentenindustrie, eine sehr erhebliche Rolle. Deutlich gehe aus den Berichten hervor, daß gerade das Kinderschutzgesetz sich in das Rechtsempfinden des Volkes immer noch nicht eingelebt hat.

Die Heimarbeit ist infolge von Rohstoff- und Absatzmangel in zahlreichen Gewerbezweigen fast ganz zum Erliegen gekommen.

Eine wertvolle Mithilfe bei der Bekämpfung der gewerblichen Gefahren sind neuerdings die Betriebsräte sowie die Arbeiter- und Angestelltenräte. Nach § 66, Ziff. 8 und § 78, Ziff. 6 des Gesetzes vom 4. Februar 1920 haben die Betriebs-, Arbeiter- und Angestelltenräte auf die Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren im Betriebe zu achten, die Gewerbeaufsichtsbeamten und die sonstigen in Betracht kommenden Stellen bei dieser Bekämpfung durch Anregungen, Beratung und Auskunft zu unterstützen, sowie auf die Durchführung der gewerbepolizeilichen Bestimmungen und der Unfallverhütungsvorschriften hinzuwirken. Hieraus geht hervor, daß der Gewerbeaufsichtsbeamte die Pflicht hat, sich mit dem Betriebsrat in Verbindung zu setzen, und daß er auf diese Weise über Mißstände unterrichtet werden kann, die sich vielleicht bei bloßer Besichtigung durch den Aufsichtsbeamten nicht bemerkbar machen oder nicht in ihrer vollen Tragweite erkannt werden. Vor allen Dingen aber ist durch diese pflichtmäßige Mitwirkung des Betriebs- und Angestelltenrats die Möglichkeit gegeben, rechtzeitig — also unter Umständen vor der im Turnus erfolgenden Besichtigung durch die Gewerbeaufsicht — Mißstände und Gefahren zu erkennen und ihre Abwendung in die Wege zu leiten. Die Vorbeugung von Schädigungen und die Verhütung von Erkrankungen kann also auf diese Weise frühzeitiger und mithin sicherer geschehen. Die ständige Aufsicht und die kollegiale Beratung kann in dieser Hinsicht sehr viel Gutes wirken. Notwendig ist jedoch dazu, daß die Mitglieder des Betriebsrats über die erforderliche Einsicht in die Bedeutung der Gewerbehygiene

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und über Kenntnisse und Erfahrungen auf gesundheitlich-technischem Gebiet verfügen. Mit Recht macht darauf Gewerberat Dr. Bender (Charlottenburg) in der „Soz. Praxis" 1921, Nr. 6 aufmerksam und sagt dabei u. a.:

„Der Erfolg der gesetzlichen Vorschrift wird davon abhängen, ob Arbeitnehmer zur Verfügung stehen, die neben praktischen Erfahrungen auch eine Schulung auf dem Gebiete des Unfall- und Krankheitsschutzes besitzen. Hieraus folgt, daß es eine der wichtigsten Aufgaben der Zukunft sein wird, zur wirksamen Durchführung des Arbeiterschutzes in recht weiten Kreisen der Arbeiter möglichst eingehende Kenntnisse über die Bekämpfung der Betriebsgefahren zu verbreiten. Das gilt besonders für gefährliche Betriebe und schwere Arbeiten, für die sich nur kräftige und gesunde Arbeiter eignen, bei denen sich die natürlichen Schutzapparate in gutem Zustande befinden. Recht eingehende Belehrungen sind auch über die Bedeutung der Lüftung und Atmung erforderlich, sowie über die Reinhaltung der Betriebsstätte von Dünsten und Staub.

Eine besondere Bedeutung spielt die Forderung der Reinlichkeit und Ordnung im Hinblick auf die Gefahren in giftigen Betrieben und auf die Tuberkulosebekämpfung, da hier noch eine bedauerliche Unkenntnis der grundlegenden hygienischen Tatsachen besteht, die Anlaß zu zahlreichen schweren Erkrankungen gibt. Hinsichtlich des Schutzes gegen die Unfälle geben die berufsgenossenschaftlichen und polizeilichen Vorschriften die erforderliche Anleitung. Von besonderer Bedeutung ist die Belehrung der Arbeiter natürlich in solchen Betrieben, in denen die Arbeiter erhöhten Gefahren ausgesetzt sind, insbesondere also in Fabriken, die giftige Stoffe herstellen oder verarbeiten und in staubigen Betrieben (Spinnereien, Steinhauereien u. a.).

Personen, die einen derartigen Unterricht mitgemacht haben, werden dafür sorgen, daß grobe Verstöße gegen die Schutzvorschriften unterbleiben, da sie nicht nur vorübergehend, wie die Aufsichtsbeamten, sondern dauernd auf ihre Mitarbeiter erzieherisch einwirken und bei der Betriebsleitung Verbesserungen der Schutzeinrichtungen anregen können.

Der erforderliche hygienische Unterricht kann schon in den Fortbildungsschulen begonnen werden und sich an vorhergegangene Belehrungen in der Schule über Körperbau und Körperpflege anschließen. Ferner kommen belehrende Vorträge in Vereinen, in der Volkshochschule und Aufsätze in Zeitungen in Betracht. Am gründlichsten wäre aber die erforderliche Ausbildung durch einen systematischen Unterricht von berufener Stelle, insbesondere von Gewerbeaufsichtsbeamten, zu erreichen."

Daß für eine wirklich wirksame Bekämpfung der Gewerbekrankheiten zunächst einmal eine zuverlässige Statistik und Erkennung dieser Erkrankungen notwendig ist, hat das Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. erkannt, das in einer Rundfrage sich Antworten über das Problem der Melde- und Entschädigungspflicht für gewerbliche Erkrankungen erbat. Der Leiter des Instituts, Dr. Erich Francke, äußerte sich dazu in der „Soz. Praxis" (1920, Nr. 54) grundsätzlich dahin, daß der erste wichtige Schritt die statistische Erfassung der Gewerbekrankheiten sei, daß also eine Meldepflicht eingeführt werden müsse, am besten nach dem Muster der Unfallmeldungen. „Gewerbliche Unfälle müssen der Behörde und sollen der Berufsgenossenschaft als der Trägerin der Versicherung mit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geteilt werden. Das gleiche müßte mit den Berufskrankheiten geschehen. Außer Frage steht die Meldung an die Berufsgenossenschaft; aber es können Zweifel entstehen, welche Stelle hier als Behörde in Frage kommt. Man will zunächst Lehren für die Sanierung der Betriebe gewinnen, also muß die Gewerbeaufsicht von den Erkrankungen erfahren. Und man muß bei der heutigen mangelhaften Kenntnis der Ärzte auf dem Gebiete der Berufskrankheiten die Möglichkeit der Nachprüfung der Diagnose haben; also muß ein fachkundiger beamteter Arzt die Meldungen zu Gesicht bekommen bei denen Voraussetzung ist, daß sie vom Arzt erstattet werden. So kämen wir also zu einer Doppelmeldung: eine an die Berufsgenossenschaft (zweckmäßig vom Arbeitgeber zu erstatten) und eine zweite vom behandelnden Arzt an eine Behörde, die sie der Gewerbeaufsicht und dem Amtsarzt weitergibt. Der in Frage kommende Amtsarzt ist unzweifelhaft der Landesgewerbearzt. Leider haben noch nicht alle Staaten Deutschlands einen solchen; vor allem fehlt er noch in Preußen. Da müßte er also vorerst durch die Kreisärzte vertreten werden. Um allen Forderungen gerecht zu werden und eine dritte Meldung zu ersparen, hätte die zweite Meldung am zweckmäßigsten an die Gewerbeaufsichtsämter (Gewerbeinspektionen) zu gehen, die sie an den Landes- oder Provinzialgewerbearzt, wo ein solcher vorhanden, sonst an den Kreisarzt weiterleiten müßten."

Zu erwägen ist aber gewiß auch eine Meldepflicht an die Krankenkasse, wie u. a. der Verein Karlsruher Ärzte hervorhob.

Zur Erforschung der Gewerbekrankheiten ist es, wie in diesem Zusammenhange hier mitgeteilt zu werden verdient, in Sachsen den Oberversicherungsämtern zur Pflicht gemacht, Krankenkassen und Kassenärzte planmäßig in allen Fällen, die zur Erkennung und Feststellung von Gewerbekrankheiten dienlich sein können, heranzuziehen. Es sollen, wie „Soz. Praxis" 1921, Nr. 9 angibt, beim Ministerium zur Übermittelung an den Landesgewerbearzt regelmäßig alle Beobachtungen über solche Erkrankungen mitgeteilt werden, die auf berufliche Schädigungen zurückzuführen sind; dabei sind die mutmaßlichen Ursachen, die beteiligten Betriebe und die behandelnden Ärzte anzugeben — ein Verfahren, das Nachahmung verdient.

Ein Entwurf eines neuen Heimarbeitsgesetzes liegt vor, der über das alte Hausarbeitsgesetz namentlich in den Bestimmungen über die Lohnämter erheblich hinausgeht, aber auch in manchen anderen Beziehungen Verbesserungen bringt. Was die arbeitshygienischen Fragen anbelangt, so ist nach Dr. Käthe Gaebel (in „Soz. Praxis" 1920, Nr. 61) da im wesentlichen folgendes hervorzuheben: „Insbesondere ist neu eingeführt die Rücksichtnahme auf Gesundheit und Sittlichkeit der Mitglieder des Haushalts des Heimarbeiters, die sich aus der engen Verknüpfung von Heimarbeit und Familienleben ergibt, und die Bestimmungen über die Nahrungs- und Genußmittelhausindustrie sind neu und einschneidend. Nach § 10 ist die Herstellung, Bearbeitung und Behandlung von Nahrungs- und Genußmitteln in Werkstätten der Heimarbeit verboten. Das Reichsarbeitsministerium kann mit Zustimmung des Reichsrats Ausnahmen entweder für das Reich oder bestimmte Gebiete gewähren und die Bedingungen festsetzen, unter denen diese Ausnahmen zulässig sind. Verstärkt ist gegenüber dem alten Hausarbeitsgesetze die Stellung der Gewerbeaufsicht, der die Befugnis er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teilt ist, im einzelnen Falle ohne Dazwischentreten der Polizeibehörden die nötigen Anordnungen zu treffen. Im allgemeinen ist von rigorosen Vorschriften, wie etwa dem Verbot des Kochens und Schlafens im Arbeitsraum, abgesehen, weil solche einem Verbot der Heimarbeit gleichkämen.

Zunächst ist ein generelles Verbot der Nahrungs- und Genußmittelheimarbeit vorgesehen, das sich gerade jetzt, wo diese stark eingeschränkt ist, verhältnismäßig leicht durchführen läßt. Abgesehen von der Tabakheimarbeit werden die in Frage kommenden Erwerbszweige — z. B. Verpacken von Bouillonwürfeln und Süßigkeiten usw. — nirgends im Sinne einer Berufsheimarbeit betrieben; sie tragen durchweg den Charakter einer ungelernten Gelegenheitsarbeit, deren Wegfall die in Frage kommenden Heimarbeiter wirtschaftlich nicht ernstlich berührt. Anders liegen die Verhältnisse in der Tabakhausindustrie, deren Abschaffung, die übrigens von den Unternehmern gewünscht wird, einzelne Bezirke aufs schwerste treffen würde, die auf diese Hausindustrie angewiesen sind. Wie in Verhandlungen mit Arbeitgebern, Arbeitnehmern und anderen Sachverständigen im Reichsarbeitsministerium einstimmig festgestellt wurde, kann von einer radikalen Abschaffung der Tabakheimarbeit, so sehr ihre Schäden allgemein anerkannt wurden, zurzeit nicht die Rede sein. Es ist aber eine möglichste Einschränkung wünschenswert in dem Sinne, daß die Werkstatthygiene schärfer durchgeführt wird und alle die Personen ausgeschaltet werden, die auch in geschlossenen Betrieben Arbeit übernehmen können (gesunde Männer, ledige Frauen usw.). Die Verantwortlichkeit über die Einrichtung und Unterhaltung von Werkstätten, Betriebseinrichtungen, Maschinen und Geräte mußte demjenigen übertragen werden, der die Verfügung über den Arbeitsraum hat. Die Verantwortlichkeit für die Befolgung gewisser Vorschriften bei der Verrichtung der Arbeit (Verbot des Drehens der Zigarrenspitzen mit dem Munde) kann nur dem Heimarbeiter selbst auferlegt werden. Sofern eine Mitverantwortlichkeit des Arbeitgebers praktisch möglich erscheint, kann sie auf Grund der §§ 6 und 7 vorgeschrieben werden."

An Einzelfragen des gesundheitlichen Arbeiterschutzes sei folgendes genannt:

Die Ausführung von Anstreicherarbeiten in engen Schiffsräumen ist durch Verordnung vom 2. Februar 1921 geregelt worden (hinreichende Luftzufuhr wird in erster Linie verlangt). Zwei Verordnungen auf Grund des § 10, Abs. 2 des Hausarbeitsgesetzes verbieten Trennen und Sortieren von Hadern, Lumpen u. dgl. und Anfertigen und Verpacken von Präservativs, Sicherheitspessarien, Suspensorien u. dgl. in der Hausarbeit.

Eine Reichs-Verordnung vom 28. Juni 1920 zum Schutze der Preßluftarbeiter gibt neben den Bestimmungen für die Arbeits- und Nebenräume vor allem eingehendste Vorschriften für die Anlage der Schleusenkammern und die Zeiten des Durchschleusens. Während beim Einschleusen es für genügend erachtet wird, durch Befragen der einzuschleusenden Personen festzustellen, ob die Steigerung des Luftdrucks so langsam vor sich geht, daß keinerlei Beschwerden auftreten, sind für die gefährlichere Tätigkeit des Ausschleusens genaue Zeiten vorgeschrieben. Wie bei der Bleifarbenverordnung vom 27. Januar 1920 wird die ärztliche Überwachung auch hier einem von der höheren Verwaltungsbehörde approbierten Arzt übertragen, der sich zur Befolgung der Dienstanweisung verpflichten, sich monatlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einmal selbst einschleusen, bei höheren Überdrucken als 1,3 kg/qcm in der Nähe der Arbeitsstätte wohnen und bei den höchsten Drucken (über 2,5 kg/qcm) ständig auf der Arbeitsstelle anwesend sein muß. Die Arbeitszeit ist je nach der Stärke des Druckes länger oder kürzer bemessen.

Die Frage, ob ein besonderer Gesundheitsschutz der Arbeiter in Nickelwerken und Vernickelungsanstalten erforderlich ist, wurde vom Reichsarbeitsministerium erneut geprüft. Den Anlaß zu solchen erneuten Nachprüfungen ergaben, wie in der „Soz. Praxis" mitgeteilt wird, Beobachtungen, die in der Nähe eines inzwischen stillgelegten Nickelwerkes gemacht worden waren. Dort sollten nach Mitteilung von zuverlässiger Seite die Bäume und der Graswuchs auf den umliegenden Weiden abgestorben und auch mehrere Weidetiere eingegangen sein. Man nahm an, daß diese Schädigung durch ausströmende Gase des Nickelwerkes verursacht seien, die vielleicht Nickelchlorür oder Nickelkohlenoxyd enthalten hatten. Namentlich das letztere ist anerkanntermaßen giftig. Die Vermutung lag nahe, daß Gase, die auf die Pflanzen- und Tierwelt eine derartig schädliche Wirkung ausüben, auch auf die Gesundheit der Arbeiter in Nickelwerken einen schädlichen Einfluß haben müßten. Auf Veranlassung des Reichsarbeitsministerium ist das Reichsgesundheitsamt, gestützt auf Erhebungen der preußischen Gewerbeaufsichtsbeamten, der Sache nachgegangen. Auch an einer zweiten Stelle, als der zuerst beobachteten, wurde ein ungünstiger Einfluß auf den Pflanzenwuchs beobachtet, jedoch waren in beiden Werken niemals gesundheitliche Schädigungen der Arbeiter infolge der Einwirkung von Nickelverbindungen festgestellt worden. Die schädlichen Einwirkungen auf die Pflanzenwelt konnten nach genaueren Forschungen auch nicht mehr auf das Ausströmen von Nickelkohlenoxyd zurückgeführt werden, sondern in dem einen Fall war wahrscheinlich schweflige Säure mit den Röstofengasen ins Freie gelangt, im anderen Fall war freies Chlor nach außen entwichen. Bei den im Jahre 1919 erneuten Nachforschungen durch die Gewerbeaufsichtsbeamten ergab sich, daß bei den Arbeitern in Vernickelungsanstalten auch jetzt noch Hautentzündungen, die als Nickelflechte oder Nickelkrätze bezeichnet wurden, beobachtet worden sind, aber diese Erkrankungen kamen doch nur vereinzelt vor, und würden sich durch geeignete Vorsichtsmaßnahmen noch mehr einschränken lassen. So sind z. B. in den Bezirken Chemnitz und Wurzen die früher dort häufiger vorkommenden Erkrankungen an Nickelkrätze dadurch zurückgegangen, daß besondere Schutzmaßnahmen angeordnet sind: Gegenstände dürfen aus den galvanischen Bädern nur mittels Haken oder Zangen herausgenommen werden; auf peinlichste Sauberkeit ist zu achten. Nach den vorliegenden Ergebnissen hielt es das Reichsarbeitsministerium nicht für angezeigt, allgemeine für das ganze Reich geltende Verordnungen zu erlassen. Wo sich Mißstände zeigen, kann auf Grund § 120 e, Abs. 2 der Gewerbeordnung mittels örtlicher Polizeiverordnungen Abhilfe geschaffen werden.

Durch Verordnung vom 28. Januar 1921 hat der Reichsarbeitsminister den Schutz der weiblichen und jugendlichen Arbeiter in Glashütten, Glasschleifereien usw. im Sinne der bisher ergangenen Verordnungen bis 1. April 1922 verlängert. Zum Teil zu dem arbeitshygienischen Gebiet gehört auch das Reichsgesetz vom 15. Januar 1920 (R.-G.-Bl., S. 69), das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über die Beschäftigung weiblicher Angestellten in Gast- und Schankwirtschaften bestimmt: „Die Landeszentralbehörden oder die von ihnen bezeichneten Behörden haben im Interesse der Gesundheit und der Aufrechterhaltung der guten Sitten, der Ordnung und des Anstandes in Gast- und Schankwirtschaften insbesondere über die Zulassung, die Beschäftigung und die Art der Entlohnung weiblicher Angestellten Vorschriften zu erlassen". Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften werden mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und mit Geldstrafe bis zu 10000 Mk. bestraft. Die Landesverordnungen, die daraufhin ergangen sind (z. B. Preußen vom 10. August 1920), geben Bestimmungen über den gesundheitlichen Zustand der Räumlichkeiten, Heranziehung weiblicher Gewerbeaufsichtsbeamtinnen und das Betragen der Angestellten, das ja auch gesundheitlich von Bedeutung ist. Württemberg setzt das Schutzalter auf 20 Jahre, Preußen auf 18 Jahre.

Amtliche statistische Zahlen liegen über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in größeren Betrieben im Jahre 1919 für Preußen vor.

Danach hatte die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in der Gewerbeinspektion unterstehenden Betrieben in den letzten Friedensjahren und während des Krieges erheblichen Umfang angenommen. Nach den Berichten der preußischen Regierungs- und Gewerberäte und Bergbehörden belief sich die Zahl jugendlicher, bis 16 Jahre alter Arbeiter männlichen und weiblichen Geschlechts im Jahre 1913 auf 283732 bei einer Gesamtzahl von 3633618 gewerblich tätigen Arbeitern und stieg im Jahre 1918 auf 321395 bei insgesamt 3570550 Arbeitern, während die Zahl der Betriebe, die jugendliche Personen beschäftigten, in dem gleichen Zeitraum von 60814 auf 47179 sank. Demgegenüber verminderte sich im Jahre 1919 die Zahl der jugendlichen Arbeiter gegen das Vorjahr um 77305 auf 244090 bei einer Gesamtarbeiterzahl von 3141805 Köpfen, die Zahl der Betriebe erhöhte sich aber um 4357 auf 51536. Der Rückgang in der Verwendung jugendlicher Arbeitskräfte findet seine Erklärung hauptsächlich in der Einstellung der Heeresaufträge mit ihrer Massenanfertigung vieler an die Körperkräfte nur geringe Anforderungen stellenden Sachen sowie in der Notwendigkeit, die aus dem Felde heimkehrenden erwachsenen Arbeiter wieder zu beschäftigen. Hierzu kam noch, daß die Rücksichtnahme auf die von den jugendlichen Arbeitern einzuhaltenden Pausen und die Unterbrechung der Arbeitsschicht durch den Besuch der Fortbildungsschulen sich mit der erwünschten Stetigkeit der Betriebsführung häufig schlecht vereinigen läßt.

Die höchsten Ziffern der beschäftigten jugendlichen Arbeiter wiesen die Maschinenindustrie (63495) und die Metallverarbeitung (48339) auf; es folgten mit einem größeren Abstande das Bekleidungsgewerbe (21953), die Industrie der Holz- und Schnitzstoffe (17061), die Hüttenwerke und die Anlagen der Großeisenindustrie (16392), die Industrie der Nahrungs- und Genußmittel (15907), die Textilindustrie (15694) und weiter der Reihe nach die Industrie der Steine und Erden (11953), die polygraphischen Gewerbe (9468), die Papierindustrie (7526), die chemische Industrie (7274), das Baugewerbe (3290), die Lederindustrie (2138), die Industrie der forstwirtschaftlichen Nebenprodukte usw. (1815) und das Reinigungsgewerbe (1622). Nach der Zahl der Betriebe stehen gleichfalls die Gruppen der Metallverarbeitung (8760), des Bekleidungsgewerbes (8499), der Industrie der Nahrungs- und Genuß-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mittel (8195), der Maschinenindustrie (7369) und der Industrie der Holz- und Schnitzstoffe (6437) voran.

Verhältnismäßig am umfangreichsten war die Beschäftigung jugendlicher Arbeitskräfte im Bergbau, Hütten- und Salinenwesen und in der Torfgräberei; in dieser Gewerbegruppe entfielen auf je einen Betrieb 22,4 jugendliche Arbeiter, während im Durchschnitt aller Gewerbegruppen nur 4,7 jugendliche Personen in je einem Betrieb tätig waren. Über dem Gesamtdurchschnitt standen außerdem noch die chemische Industrie (11,2), die Maschinenindustrie (8,6), die Textilindustrie (7,5), die Papierindustrie (7,1), die Metallverarbeitung (5,5) und die Industrie der Steine und Erden (5,4).

Von den jugendlichen Arbeitern stand im Berichtsjahr die überwiegende Mehrzahl, nämlich 99,3 Proz., im Alter von 14 bis 16 Jahren, wogegen die Kinderarbeit fast ganz verschwand. Die absolute Zahl der Kinder unter 14 Jahren belief sich auf 1607 gegen 5012 im Jahre 1918. Am meisten wurden Kinder in den Betrieben der Metallverarbeitung (414), der Textilindustrie (250), der Maschinenindustrie (210), dem Bekleidungsgewerbe (157) und der Industrie der Steine und Erden (128) beschäftigt. Auch bei den jungen Leuten von 14 bis 16 Jahren hatten die Maschinenindustrie (63285) und Metallverarbeitung (47925) die höchste Beschäftigungszahl zu verzeichnen; dann reihten sich mit höheren Ziffern an das Bekleidungsgewerbe (21796), die Industrie der Holz- und Schnitzstoffe (16986), der Bergbau, das Hütten- und Salinenwesen und die Torfgräberei (16285), die Industrie der Nahrungs- und Genußmittel (15810) und die Textilindustrie (15444).

In beiden Altersklassen jugendlicher Arbeiter überwog das männliche Geschlecht; bei den jungen Leuten von 14 bis 16 Jahren betrug der Anteil der männlichen 74,6 Proz. und bei den Kindern unter 14 Jahren 71,3 Proz. Der Beschäftigungsanteil der beiden Geschlechter war in den einzelnen Gewerbegruppen recht verschieden; stärker war das weibliche Element in beiden Altersklassen im Bekleidungsgewerbe, in der Textil- und Papierindustrie sowie im Reinigungsgewerbe vertreten.

Die Stadt Cassel hat eine „Fürsorge für Erwerbsunfähige" eingerichtet, über die Stadtrat Häring (Cassel) in der „Soz. Praxis" (1920, Nr. 48) berichtet. Hier interessiert die Statistik der Ursachen der Invalidität, wie sie von den Invaliden selbst angegeben wurden:

Lungentuberkulose	42	Fälle	= rund	14,0	Proz.
Nervenkrankheit	14	„	= „	5,5	„
Rheumatismus	40	„	= „	14,0	„
Herzleiden	38	„	= „	13,0	„
Magenleiden	28	„	= „	10,0	„
Lähmung	18	„	= „	6,0	„
Allgemeine Altersschwäche	56	„	= „	20,0	„
Unfälle	14	„	= „	5,0	„
Beinleiden	13	„	= „	4,5	„
Augenleiden	12	„	= „	4,0	„
Andere Krankheiten	25	„	= „	8,0	„

Über die wesentlichen Gesichtspunkte der Fürsorge sagt Stadtrat Häring: „Die »Fürsorge für Erwerbsunfähige« ist beschränkt worden auf die Beseitigung dringender Not. Sie kann nur einmalige Beihilfen gewähren in bar oder Naturalien. Die »Fürsorge« verschafft sich das notwendige Urteil über den Umfang der zu gewährenden Beihilfe grundsätzlich durch Rück-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprache mit den Bedürftigen in deren Wohnung. Hierdurch wird sie in die Lage versetzt, die zuständige Wohnungspflege auf Mißstände in den Behausungen aufmerksam zu machen; außerdem aber auch in Fällen ansteckender Krankheiten, insbesondere Tuberkulose, ein Eingreifen der Tuberkulosefürsorge herbeizuführen, was von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Die Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr kann mit Erfolg nur geschehen, wenn alle sozialen Fürsorgeeinrichtungen Hand in Hand arbeiten."

Zu dem Sonderproblem der Erwerbsfähigmachung Erwerbsbeschränkter gehört namentlich auch die Beschäftigung Schwerbeschädigter. Hier ist das Gesetz vom 6. April 1920 (R.-G.-Bl., S. 458) erlassen, dessen Durchführung aber nicht leicht ist. Um die wesentlichen Schwierigkeiten zu beseitigen, hat der Reichsarbeitsminister die ihm in § 4 und 5 des Gesetzes eingeräumten Befugnisse ausgeübt und zunächst die Zahl der mit Schwerbeschädigten zu besetzenden Arbeitsstellen bestimmt (Prozentzahlen). Ferner sind nunmehr für die Mitwirkung der Hauptfürsorgestellen bei der Durchführung des Gesetzes besondere Ausführungsanweisungen ergangen. Nachdem bisher nur die Zahl der mit Schwerbeschädigten zu besetzenden Stellen vorgeschrieben war, soll nun auch die Art der mit Schwerbeschädigten zu besetzenden Arbeitsplätze bestimmt werden (gemäß § 5, Abs. 1). Die Entscheidung über Befreiung eines Arbeitgebers von der Einstellungspflicht ist sehr erschwert. Außer eigner sorgfältiger Prüfung hat die Fürsorgestelle die Pflicht, ein Gutachten der örtlichen Fürsorgestelle einzuholen, die ihrerseits wiederum zu diesem Zweck den Arbeitgeber, den auf Grund des Gesetzes § 11 bestellten Vertrauensmann, den Betriebsrat und etwaige sonstige Vertreter der Arbeiterschaft hören muß. Ist bei der Fürsorgestelle ein besonderer Unterausschuß für Schwerbeschädigtenfragen vorhanden, so ist er zu einer schriftlichen Äußerung zu veranlassen. Die Anweisung empfiehlt dringend, bei den Hauptfürsorgestellen in der Regel einen solchen Unterausschuß einzusetzen, der an Stelle des Beirats gemäß § 10 des Gesetzes bei seiner Durchführung mitwirkt, und dem Vertreter aller Gruppen des Beirats, unter Wahrung des gleichen Verhältnisses in der Zusammensetzung, angehören müssen. Bei voller Wahrung der Verantwortlichkeit der Hauptfürsorgestellen werden diese befugt, die örtlichen Fürsorgestellen, besonders in größeren Städten, mit der Durchführung des Gesetzes zu betrauen, soweit es sich nicht um Betriebe des Reiches und der Länder handelt, insbesondere können für benachbarte Bezirke gemeinsame Kreis- und Bezirksstellen der Schwerbeschädigtenfürsorge errichtet werden. Dabei können am Sitz der Hauptfürsorgestellen diese die den örtlichen Fürsorgestellen übertragenen Aufgaben selbst übernehmen. Besonderen Wert legt die Anweisung auf engste Zusammenarbeit mit den Arbeitnehmern, insbesondere den Vertrauensmännern, und mit den Arbeitsnachweisen. Mit dem Landes- bzw. Provinzialarbeitsnachweis sind die grundlegenden Bestimmungen über die Organisation der Stellenvermittlung für Schwerbeschädigte zu vereinbaren, die örtlichen und Kreisfürsorgestellen sind tunlichst zusammenzulegen. Für Durchführung der Stellenvermittlung soll ein Außendienst eingerichtet werden, dessen Beamte die erforderlichen technischen Kenntnisse und Erfahrungen besitzen müssen und mit der Gewerbeinspektion, den Behörden des Arbeitsnachweises und den Vertrauensleuten eng zusammenarbeiten sollen. Die Erfahrungen, die die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Berufsgenossenschaften überhaupt, insbesondere aber im Verfolg des § 843 der Reichsversicherungsordnung mit der Arbeitsbeschaffung für Unfallverletzte gemacht haben, sollen tunlichst für die Kriegsbeschädigten nutzbar gemacht werden. Um die Erfassung aller Schwerbeschädigten zu ermöglichen, haben die Versorgungsämter Anweisung erhalten, von jeder Rentenfestsetzung über 50 Proz. der Hauptfürsorgestelle Mitteilung zu machen.

Die Anträge auf Übernahme von Heilverfahren haben im Laufe der Jahre erheblich zugenommen. Die Rentengesuche und Heilverfahrensanträge stiegen um 1 318 128 im Jahre 1914 auf 1 706 661 im Jahre 1917. Eingehendere Mitteilungen sind aus dem Bericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Jahr 1919 zu entnehmen:

Anträge auf Übernahme des Heilverfahrens sind 43 040 eingegangen. Von den Antragstellern waren 21 532 = 50,03 Proz. (im Vorjahre 13 640 = 42,79 Proz.) männlichen und 21 508 = 49,97 Proz. (im Vorjahre 18 235 = 57,21 Proz.) weiblichen Geschlechts. Die Zahl der Kriegsteilnehmer unter den Antragstellern belief sich auf 4341. Von den Anträgen betrafen: Gewährung von Zahnersatz und größeren Heilmitteln 8007, Lungenheilverfahren 11 888, andere ständige Heilverfahren 22 271, Berufsumlernung Kriegsbeschädigter 283, Behandlung von Geschlechtskrankheiten 591. Die Zunahme gegen das Vorjahr beträgt bei Anträgen auf Lungenheilverfahren 19,8 Proz. und bei solchen auf andere ständige Heilverfahren 21,3 Proz.

Am 6. und 7. Juli 1920 tagte in Basel die VIII. Delegiertenversammlung der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz. Deutschland war dabei in der seiner sozialpolitischen Arbeit entsprechenden Stärke vertreten (Vorsitzender der deutschen Delegation war Prof. Dr. Ernst Francke), Frankreich hingegen hielt die Zeit für seine Mitarbeit noch nicht für gekommen und die belgischen Vertreter provozierten einen Zwischenfall mit Deutschland, bei dem aber die Versammlungsteilnehmer wesentlich auf deutscher Seite standen und die Beratungen dadurch nicht beeinträchtigen ließen (vgl. „Soz. Praxis" 1920, Nr. 42).

Es wurden drei Kommissionen eingesetzt. Die 1. Kommission befaßte sich mit der Tätigkeit der Vereinigung und des Internationalen Arbeitsamtes in der Zeit von 1912 bis 1920. Die 2. Kommission nahm den Bericht über die Vorverhandlungen mit dem Völkerbunde hinsichtlich des Internationalen Arbeitsamtes entgegen und beriet über den Fortgang dieser Unterhandlungen. Die 3. Kommission endlich beriet die Zukunftsfragen im engeren Sinne: die Abänderung der Satzungen und die Neuformulierung der Ziele und Wege der Vereinigung. Über diese organisatorischen Fragen, die in langen Kommissionsverhandlungen beraten wurden, wurde Bericht erstattet. Die sachliche Arbeit der Internationalen Vereinigung muß sich naturgemäß an die Beschlüsse der Washingtoner Konferenz anschließen, die sich in sechs „Vertragsentwürfen" und sechs „Vorschlägen" verdichtet hatten.

Der 1. „Vertragsentwurf" führt den Achtstundentag und die 48-Stundenwoche ein, aber nur im Gewerbe, nicht in Handel, Landwirtschaft und Beamtentum und außerdem mit einer großen Reihe von Ausnahmen. Deutschland geht hier zum Teil viel weiter, es hat alle Veranlassung, zu verlangen, daß andere Staaten ihm nachkommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der 2. „Vertragsentwurf", dem noch zwei Vorschläge beigefügt sind, will Maßnahmen gegen die Arbeitslosigkeit treffen: Statistik des Arbeitsmarkts, Errichtung von öffentlichen unentgeltlichen Arbeitsnachweisen, Überwachung der gewerbsmäßigen Stellenvermittlung, Gleichbehandlung fremder Arbeiter — das alles haben wir in Deutschland und eine gesetzliche Regelung, die in Vorbereitung ist, wird hier etwaige Lücken ausfüllen. Für eine Versicherung gegen Arbeitslosigkeit, die empfohlen wird, liegt bereits ein Gesetzentwurf vor; die Bereitstellung und Ordnung von öffentlichen Notstandsarbeiten ist ohnehin für alle Fälle geboten und die Verständigung von Massenanwerbungen ausländischer Arbeiter mit fremden Staaten und im Einvernehmen mit den heimischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Organisationen eine Notwendigkeit.

Vier weitere „Vertragsentwürfe" sehen Maßnahmen für Mütter-, Frauen-, Kinder- und Jugendlichenschutz vor. Sie wollen international, tunlichst für die ganze Welt, den Wöchnerinnenschutz regeln, die Nachtarbeit verbieten, das Zulassungsalter für Fabriken auf das vollendete 14. Lebensjahr und das Schutzalter für Jugendliche auf das 18. Jahr festsetzen. Dies sind Bestimmungen, die bis auf einige Punkte in Deutschland längst rechtens und im wesentlichen auch durchgeführt sind. Der Wöchnerinnenschutz ist bei uns strenger gefaßt und zwingender Natur, während er nach dem Washingtoner Beschluß zwar auf etwas längere Dauer erstreckt werden soll, dafür aber zum Teil in die Entschließung der Wöchnerin selbst gelegt ist. Das Zulassungsalter für Kinder müßte allerdings in der Reichsgewerbeordnung anders gefaßt werden; jetzt ist in § 135 Kindern unter 13 Jahren die gewerbliche Beschäftigung verboten, Kindern über 13 Jahren ist sie nur dann erlaubt, wenn sie nicht mehr volksschulpflichtig sind. Da aber nur mit ganz geringen Ausnahmen das Ende der Volksschulpflicht in Deutschland in das vollendete 14. Lebensjahr fällt, so besteht tatsächlich schon jetzt eine Übereinstimmung mit dem Washingtoner Beschluß. Die Heraufsetzung des Jugendlichenschutzes aber, der jetzt in Deutschland mit dem 16. Lebensjahr aufhört, auf das 18. Lebensjahr ist eine alte sozialpolitische Forderung, der endlich Erfüllung zuteil werden sollte.

Die noch zu erwähnenden „Vorschläge" endlich, die in Washington angenommen worden sind, treffen Vorkehrungen für den Gesundheitsschutz, und zwar gegen Milzbrand, Bleivergiftung, Phosphornekrose und allgemein eine Verstärkung hygienischer und ärztlicher Maßnahmen in Verbindung mit der Gewerbeaufsicht. Hierüber wird in Deutschland kein Wort zu verlieren sein; wir haben solche Maßnahmen in weitem Umfange, und wo sie etwa noch fehlen sollten, müßten sie schleunigst eingeführt werden.

Besprechungen.

Höfer-Heimhalt. Grundwasser und Quellen. Eine Hydrologie des Untergrundes. 2. Aufl., 198 S., 66 Abbild. Braunschweig, Friedr. Vieweg & Sohn, 1920. Geh. 12 M. und Teuerungszuschlag.

Das Buch stellt einen Leitfaden der Lehre vom Tiefenwasser und den Quellen dar, das bei aller Kürze doch nichts Wichtiges ausläßt und zur allgemeinen Unterrichtung völlig hinreicht. Seine Brauchbarkeit erweist schon die Notwendigkeit einer zweiten Auflage. Die Ausstattung ist vorzüglich, der Preis sehr niedrig. Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SEP 8 1921

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 6
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des sechsten Heftes.

Seite

Der Einfluß der Kriegsernährung auf die Körperbeschaffenheit der Schulkinder in Apolda und der Rohrersche Index. Von Medizinalrat Dr. Jaenicke, Bezirks- und Stadtarzt in Apolda 181

Die Geraer Schulkinder zu Beginn des Jahres 1921 und die Quäkerspeisung. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Fritz Salomon, approbiertem Arzt 186

Der Ernährungszustand von Cölner Schulkindern. Der Wert des Rohrerschen Index für die Beurteilung des Ernährungs- und Entwickelungszustandes der Kinder. [Aus dem Gesundheitsfürsorgeamt der Stadt Cöln. Leiter: Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig.] Von Dr. Vonessen, Schularzt 196

Chronik der Sozialen Hygiene. Von Dr. Alexander Elster, Berlin . 210

Besprechungen:

O. Peiper: Geburtenhäufigkeit, Säuglings- und Kindersterblichkeit und Säuglingsernährung im früheren Deutsch-Ostafrika. (Hage-Jena) 215

O. Peiper: Der Bevölkerungsrückgang in den tropischen Kolonien Afrikas und der Südsee — seine Ursachen und seine Bekämpfung. (Hage-Jena) 215

Mayerhofer und Pirquet. Lehrbuch der Volksernährung nach dem Pirquetschen System. (Kisskalt-Kiel) 216

Prof. Dr. Georg Jürgens: Infektionskrankheiten. (Abel) . . . 216

O. Spitta: Grundriß der Hygiene. (Abel) 216

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1921. Heft 6.

Der Einfluß der Kriegsernährung auf die Körperbeschaffenheit der Schulkinder in Apolda und der Rohrersche Index.

Von Medizinalrat Dr. Jaenicke, Bezirks- und Stadtarzt in Apolda.

Über den Wert des Rohrerschen Index als Grundlage für die Beurteilung der Frage der Zulassung der Schulkinder zu den Quäkerspeisungen ist schon viel gestritten worden. Wohl jede ärztliche Zeitschrift von einiger Bedeutung hat im letzten Jahre Arbeiten darüber veröffentlicht, und bei der Tagung der Schulärzte in Cassel wurde lebhaft darüber debattiert. Von den Gegnern der Indexbewertung ist zunächst das Prinzip angefochten worden, an Stelle der Beurteilung des Kindes durch den geschulten Blick des Arztes, der dem Individuum gerecht wird, die Auslese durch eine starre, mechanische Formel bewirken zu lassen, die notwendigerweise zu einem unerträglichen Schematismus führen muß. Von anderen Autoren ist betont worden, daß man den Index wohl für Mittelfälle gelten lassen könne, daß er aber insbesondere bei abnormen Größenverhältnissen des Kindes versage. Da die in die dritte Potenz erhobene Größenzahl in der Formel als Divisor verwendet wird, muß bei übermäßiger Größe der Index wesentlich ungünstiger, bei übermäßiger Kleinheit wesentlich günstiger ausfallen, als es den tatsächlichen Verhältnissen entspricht. Vom ärztlichen Beirat der Kinderhilfsmission der Quäker ist diese Tatsache auch unumwunden anerkannt worden. Die von dem Beirat aufgestellten Richtlinien bestimmen daher, daß nur 70 Proz. der Kinder durch den Index ausgewählt werden sollen, während die Auswahl der übrigen 30 Proz. ohne Rücksicht auf den Index dem ärztlichen Urteil überlassen bleibt.

Die von mir anläßlich der Einführung der Quäkerspeisung als Vorsitzender des Orts- und Arbeitsausschusses in Apolda gewonnenen Erfahrungen scheinen mir den Beweis dafür zu erbringen, daß unter besonderen Verhältnissen die Zuverlässigkeit des Rohrerschen Index auch für Mittelfälle problematisch ist, daß demnach das System der mechanischen Auswahl von 70 Proz. durch den Index zu Härten führt und einen erheblichen Teil bedürftiger Kinder von der Wohltat der Speisung ausschließt. Als Unterlage für meine Beweisführung benutze ich aus später zu erörternden Gründen die Ergebnisse der Untersuchung in der Bürgerschule (achtklassige Volksschule). Untersucht wurden 2742 Kinder, und zwar 1323 Knaben und 1419 Mädchen. 4 Knaben und 22 Mädchen standen außerhalb der Indextabelle, sollen demnach bei der nachfolgenden Betrachtung ausgeschaltet bleiben. Es ergaben sich bei der Klassifikation folgende Ziffern:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Indexziffer	Knaben		Mädchen	
— 30 Proz. . .	5 = 0,38 Proz.		3 = 0,21 Proz.	
— 20 „ . .	37 = 2,81 „		74 = 5,2 „	
— 15 „ . .	136 = 10,38 „	unternormal	140 = 10,0 „	unternormal
— 10 „ . .	214 = 16,0 „	740 = 57,6 Proz.	252 = 18,32 „	806 = 57,6 Proz.
— 5 „ . .	348 = 26,42 „		337 = 23,66 „	
Normal . .	176 = 13,47 „		251 = 18,31 „	
+ 5 „ . .	209 = 15,91 „		170 = 12,1 „	
+ 10 „ . .	113 = 8,57 „	übernormal	98 = 7,0 „	übernormal
+ 15 „ . .	48 = 3,63 „	402=28,93 Proz.	38 = 2,8 „	340=24,09 Proz.
+ 20 „ . .	24 = 1,82 „		27 = 1,9 „	
+ 30 „ . .	8 = 0,61 „		7 = 0,5 „	
	1319 = 100 Proz.		1397 = 100 Proz.	

Nach den Richtlinien sollen die Kinder mit einer Indexziffer von — 15 Proz. an ohne weiteres zur Speisung zugelassen sein Nach dem Ergebnis der obenstehenden Tabelle wären demnach von Knaben 178, von Mädchen 217, zusammen also 395 Kinder zuzulassen. Diese 395 Kinder wären als 70 Proz. der überhaupt zu speisenden Kinder anzusehen, auf Grund ärztlicher Begutachtung könnten noch 30 Proz. = 168 ausgelesen werden, so daß die Gesamtzahl der zu speisenden Kinder 563 betrüge.

Demgegenüber wurden durch ärztliches Urteil 1219 Kinder als dringend bedürftig der Klasse III zugewiesen und 1113 Kinder als unbedingt bedürftig der Klasse IV, zusammen 2332, von denen der Index nur 395 = 16,94 Proz. als bedürftig anerkennt.

Prozentualiter ergab die ärztliche Untersuchung folgende Klassifizierung

	Klasse I Proz.	Klasse II Proz.	Klasse III Proz.	Klasse IV Proz.
Knaben	0,85	15,89	50,76	32,5
Mädchen	12,47	30,4	20,7	36,43

Bei den Knaben besteht demnach Unterwertigkeit von (Klasse III und IV zusammen) 83,26 Proz., d. h.: nicht nur sämtliche Knaben, bei denen eine Minusabweichung des gefundenen Index vom Normalindex nachgewiesen wurde, sondern auch die mit Normalindex sowie der größte Teil der mit + 5 Proz. verzeichneten Knaben mußten als der Speisung dringend bedürftig angesehen werden, während der Index (von — 15 Proz. ab aufwärts) nur 13,57 Proz. auswählte. Die Unterwertigkeit der Mädchen ist mit 57,13 Proz. wesentlich geringer und entspricht fast genau der Zahl der Kinder, deren Index als unternormal nachgewiesen wurde. Auf Grund der Richtlinien würden aber nur 15,41 Proz. zur Speisung zuzulassen sein. Somit fallen von den durch ärztliche Begutachtung ausgewählten Mädchen rund 40 Proz., von den Knaben sogar rund 70 Proz. aus! An die Stelle des lebendigen Individualisierens tritt toter Schematismus: Fiat justitia et pereat mundus!

Man könnte vielleicht annehmen, daß diese enorme Differenz zwischen Indexauswahl und ärztlichem Urteil dadurch hervorgerufen wäre, daß dem Subjektivismus der ärztlichen Gutachter allzuviel Spielraum gelassen sei. Darüber kann man sich ein objektives Urteil bilden, wenn man nicht den Index, sondern seine Komponenten zur Beurteilung der Konstitution heranzieht und die für jedes Lebensalter feststehende Normalziffer für Größe und Gewicht mit den durch die Untersuchung ermittelten Ziffern vergleicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter Benutzung der auf der Indextabelle angegebenen Normalzahlen ergibt sich nun nachstehendes Resultat:

Knaben.

Alter	Durchschnittsgröße	Normalziffer	+ —	Durchschnittsgewicht	Normalziffer	+ —
7	115,5	117,4	— 1,9	20,2	22,3	— 2,1
8	119,1	122,3	— 3,2	22,4	24,2	— 1,8
9	122,9	127,9	— 5,0	23,8	26,2	— 2,4
10	128,5	133,4	— 4,9	26,7	29,1	— 2,4
11	134,5	137,7	— 3,2	29,5	32,1	— 2,6
12	138,6	142,4	— 3,8	30,6	35,3	— 4,7
13	141,4	146,9	— 5,8	32,2	39,0	— 5,8
14	145,3	153,1	— 7,8	36,1	44,4	— 8,1

Mädchen.

Alter	Durchschnittsgröße	Normalziffer	+ —	Durchschnittsgewicht	Normalziffer	+ —
7	114,5	115,1	— 0,6	18,7	20,8	— 2,1
8	119,1	121,0	— 1,9	20,3	22,6	— 2,3
9	123,8	127,0	— 3,2	23,5	25,1	— 1,6
10	129,5	131,6	— 2,1	25,4	27,6	— 2,2
11	133,4	137,0	— 3,6	27,6	31,1	— 3,5
12	137,0	142,4	— 4,6	30,9	35,7	— 4,8
13	144,6	147,6	— 3,0	35,0	40,3	— 4,7
14	148,5	156,5	— 8,0	38,9	45,0	— 6,1

Aus beiden Tabellen geht zur Evidenz hervor, daß sowohl Knaben wie Mädchen erhebliche Untergrößen und Untergewichte gegenüber den Normalziffern aufweisen. Die Untermaße und Untergewichte treten schon im 7. Lebensjahre deutlich in Erscheinung, mit jedem Lebensjahre wächst die Differenz in besorgniserregender Weise, um im 14. Lebensjahre mit 8 cm Differenz in der Größe und 6,1 kg Differenz im Gewicht bei den Mädchen, mit 7,8 cm Differenz in der Größe und 8,1 kg Differenz im Gewicht bei den Knaben den Höhepunkt zu erreichen.

Über diese erschreckenden Verhältnisse erfährt man bei Betrachtung der Indexzahlen gar nichts. Im Gegenteil erscheinen die hiesigen Verhältnisse der Konstitution der Schulkinder geradezu rosig, wenn man sich auf die Ergebnisse der Indexformel verläßt. Betrachtet man dagegen die Unterwertigkeit der Komponenten der Indexformel, so hat man den unwiderlegbaren Beweis für das Verbrechen, welches durch die Blockade an unserer Kinderwelt verübt worden ist. Die Indexformel kann diese Verhältnisse überhaupt nicht zum Ausdruck bringen, da bei Abnahme der Größe der Divisor in geometrischer Progression sinkt, während die Gewichtsziffer bei Verminderung nur in arithmetischer Progression abnimmt. Somit muß sich die Indexziffer mit zunehmender Größenverringerung immer weiter von den tatsächlichen Verhältnissen entfernen.

Gegen die Bewertung der Untersuchungsergebnisse der Schulkinder und die daraus gezogenen Schlüsse läßt sich nun ohne weiteres der Einwand erheben, daß die zum Vergleich herangezogenen Normalwerte für Größe und Gewicht dem Thüringer Menschenschlag und besonders der Apoldaer Kinderwelt nicht entsprechen. Der starke slawische Einschlag

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Sorben und Wenden in der fränkisch-thüringischen Rasse ist ja für jeden, der sich mit offenen Augen in Thüringen umsieht, besonders auf dem Lande unverkennbar. Demnach wäre die Möglichkeit, daß das im Franko-Thüringer kreisende Sorbenblut eine allgemeine Minderung der Wüchsigkeit der Bevölkerung verursacht habe, wohl diskutabel. Für die Apoldaer Bevölkerung käme besonders noch in Betracht, daß es sich um Fabrikbevölkerung (Textilindustrie) handelt, die an sich nicht zur Hochwüchsigkeit neigt. Diesen Einwänden gegenüber verweise ich auf die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen in früheren Jahren. Im Jahre 1902 wurden hier Schulärzte angestellt. Während eines Zeitraums von 5 Jahren (1902 bis 1907) wurden durch San.-Rat Dr. Lilie (†) und den Verfasser Reihenuntersuchungen der Schulkinder vorgenommen, die durch die damalige Dienstanweisung für Schulärzte vorgeschrieben waren. Im Jahre 1907 wurden die Resultate übersichtlich zusammengestellt zum Zweck der Begründung eines Antrages auf Änderung der Dienstanweisung. Ich habe die Tabellen aus den alten schulärztlichen Akten ausgegraben und bringe sie nachstehend zur Kenntnis. Die damaligen Resultate wurden unter den gleichen Bedingungen und fast zu der gleichen Jahreszeit gewonnen wie die der anläßlich der Einführung der Quäkerspeisung erfolgten Reihenuntersuchungen. Die Tabellen beweisen, daß unter der gleichen Bevölkerung in durchaus nicht üppigen Friedenszeiten die Normalziffern meist nicht nur erreicht, sondern zum Teil wesentlich überschritten wurden, so daß die Minderwertigkeit der jetzigen Schulkinderjahrgänge noch viel augenfälliger in Erscheinung tritt. Daß eine so auffällige Veränderung in der Gesamtkonstitution der Schulkinder innerhalb von weniger als 20 Jahren nicht auf Rasseneigentümlichkeiten oder den Einfluß der seit mehr als 100 Jahren bestehenden Industrie zurückgeführt werden kann, liegt auf der Hand.

Knaben.

A. Anzahl der untersuchten Knaben in den einzelnen Jahrgängen.

Alter	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	Gesamtzahl
7	212	204	211	198	219	1044
8	187	183	207	208	183	968
9	179	187	182	210	196	954
10	189	178	186	188	196	937
11	—	148	176	170	184	678
12	—	—	144	155	160	459
13	—	—	—	126	137	263
Summe . .	767	900	1106	1255	1275	5303

B. Durchschnittsgewicht der einzelnen Jahrgänge in Kilogrammen.

Alter	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	Gesamtdurchschnitt	Normalzahl	+ —
7	21,4	21,5	21,72	21,5	25,31	22,7	22,3	+ 0,4
8	23,63	23,43	23,52	24,5	29,62	25,1	24,2	+ 0,9
9	26,14	26,25	26,13	26,30	25,06	26,1	26,2	— 0,1
10	30,23	28,6	28,16	34,0	28,69	29,9	29,1	+ 0,8
11	—	30,75	33,79	32,5	31,43	32,0	32,1	— 0,1
12	—	—	36,6	35,0	36,18	35,9	35,3	+ 0,6
13	—	—	—	40,0	40,71	40,3	39,0	+ 1,3

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

C. Durchschnittsgröße der einzelnen Jahrgänge in Zentimetern.

Alter	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	Gesamtdurchschnitt	Normalzahl	+ —
7	118,46	117,75	117,95	120,0	116,71	118,0	117,4	+ 0,6
8	122,56	123,5	122,0	125,0	122,61	123,1	122,3	+ 0,8
9	126,51	124,0	129,14	130,0	127,71	127,3	127,9	— 0,6
10	131,60	130,5	133,87	134,0	133,5	132,6	133,4	— 0,8
11	—	133,0	140,25	140,0	136,37	137,3	137,7	— 0,4
12	—	—	141,33	144,0	143,0	143,1	142,4	+ 0,7
13	—	—	—	147,0	148,29	147,6	146,9	+ 0,7

Mädchen.

A. Anzahl der untersuchten Mädchen in den einzelnen Jahrgängen.

Alter	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	Gesamtzahl
7	231	216	252	208	208	1115
8	218	225	224	226	211	1104
9	244	193	226	218	222	1103
10	231	248	204	213	214	1110
11	—	191	245	200	224	860
12	—	—	201	208	179	588
13	—	—	—	161	108	269
Summe . .	924	1073	1352	1434	1366	6149

B. Durchschnittszahlen der einzelnen Jahrgänge in Kilogrammen.

Alter	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	Gesamtdurchschnitt	Normalzahl	+ —
7	21,1	21,51	20,34	21,5	22,1	21,1	20,8	+ 0,3
8	25,4	22,9	23,66	23,2	24,89	24,0	22,6	+ 1,8
9	27,4	23,1	25,3	25,7	26,25	25,5	25,1	+ 0,4
10	30,5	28,4	27,43	30,2	28,5	29,0	27,6	+ 1,4
11	—	33,9	31,5	34,1	34,75	33,5	31,1	+ 2,4
12	—	—	36,08	38,2	39,5	38,5	35,7	+ 2,8
13	—	—	—	40,6	40,0	40,3	40,3	Normal

C. Durchschnittsgröße der einzelnen Jahrgänge in Zentimetern.

Alter	1902/03	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	Gesamtdurchschnitt	Normalzahl	+ —
7	117,0	117,8	115,0	117,75	118,8	117,2	115,1	+ 2,1
8	123,0	122,3	124,0	119,25	121,0	121,9	121,0	+ 0,9
9	130,0	128,25	126,0	125,8	124,0	126,4	127,0	— 0,6
10	137,5	132,53	131,5	136,5	132,5	134,3	131,6	+ 2,7
11	—	140,33	135,5	141,25	144,0	138,6	137,0	+ 1,6
12	—	—	144,0	145,1	146,1	145,1	142,4	+ 2,7
13	—	—	—	148,3	152,0	149,2	147,6	+ 1,6

Die sichtliche Verminderung von Größe und Gewicht der Schulkinder kann meines Erachtens nur der chronischen Unterernährung infolge des Krieges und der Blockade zu Lasten geschrieben werden. Aus der mir augenblicklich zur Hand liegenden spärlichen Literatur ist nicht ersichtlich, ob anderwärts ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind. Es erscheint mir aber dringend erwünscht, wenn recht viele derartige Mitteilungen veröffentlicht werden könnten, mit Rücksicht auf den Eindruck im neutralen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausland. Unseren Gegnern im Weltkriege werden solche Nachweise nur ein Hohnlächeln entlocken.

Zusammenfassung. Die chronische Unterernährung der Jugend während des Krieges durch den Einfluß der Blockade hat eine erschreckende Minderung der Gesamtkonstitution der Schulkinder herbeigeführt, die sich — wenigstens in hiesiger Gegend — besonders durch erhebliche Abnahme der Durchschnittszahlen für Größe und Gewicht äußert.

Die Rohrersche Indexformel zur Beurteilung der Körperfülle eignet sich nur für normale Größen- und Gewichtsverhältnisse und versagt gegenüber den durch die Kriegsentbehrungen hervorgerufenen Veränderungen.

Demnach muß der überragende Einfluß der Indexformel auf die Auswahl der zu speisenden Kinder eingeschränkt und der ärztlichen Beurteilung eine umfassendere Bedeutung eingeräumt werden.

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.]

Die Geraer Schulkinder zu Beginn des Jahres 1921 und die Quäkerspeisung.

Von Fritz Salomon, approbiertem Arzt.

Die Untersuchungen der Geraer Schulkinder im Januar 1921 zum Zwecke der Auswahl zur Quäkerspeisung lieferten Ergebnisse, welche bedeutsame Schlüsse auf die schwere gesundheitliche Schädigung dieser Kinder durch die Kriegsverhältnisse gestatten, wenn auch leider, wie in den meisten Städten, kein genügend genaues Vergleichsmaterial aus Friedenszeiten vorhanden ist. Die vorliegende Arbeit erstreckt sich nur auf 6508 von den annähernd 12000 Kindern, welche untersucht wurden, weil nur die Untersuchungsergebnisse aus denjenigen Schulen brauchbar waren, deren jede sozial einigermaßen gleichmäßig zusammengesetzt ist; ferner mußten für die Berechnung von Durchschnittsgewicht und Länge alle Rachitiker mit Wirbelsäulen- oder Beindeformitäten, ebenso die Kinder, für die ich einen familiären Zwergwuchs als erwiesen annehmen konnte, sorgfältig ausgeschieden werden. Die Messungen und Wägungen wurden nach den vom ärztlichen Beirat der Quäker am 1. November 1920 herausgegebenen Richtlinien vorgenommen; an der Laufwage, die wiederholt auf ihre Richtigkeit geprüft wurde, ist der Längenmaßstab mit angebracht. Die Kinder wurden in Hemd und Strümpfen gewogen, 100 g sind nachträglich nicht abgezogen worden. Tabelle 1 zeigt das Ergebnis dieser Messungen und Wägungen.

Zunächst zeigt die Tabelle 1, daß die Mädchen vom 8. Lebensjahre an etwas größer sind als die Knaben, während sie die Knaben an Gewicht erst vom 11. Lebensjahre an übertreffen. Das höhere Durchschnittsgewicht der Mädchen von diesem Zeitpunkt an erklärt sich wohl aus dem früheren Beginn der Pubertät, die bei den Mädchen eine mäßige Vermehrung des Fettansatzes zur Folge hat. Ganz auffallende Ergebnisse hat der Vergleich der Kinder der höheren Schulen, der Mittelschulen und der Volksschulen. Durchgehend sind die Kinder der höheren Schulen weit größer und schwerer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als die der Volksschulen. Besonders groß ist der Gewichtsunterschied der Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren. Die Mädchen der höheren Töchterschule übertreffen ihre gleichalterigen Kameraden aus den Volksschulen im 14. Lebensjahre durchschnittlich um 6½ kg an Gewicht, ferner sind sie um 7 cm größer! Während die Volksschüler von Jahr zu Jahr ziemlich gleichmäßig an Länge und Gewicht zunehmen, sehen wir bei den Knaben des Realgymnasiums im Zeitraum vom 12. bis zum 13. Jahre eine Pause in Längen- und Gewichtszunahme. Der Grund dafür ist wohl, daß in diesem Zeitraum den Körper der Knaben der höheren Schulen die Entwickelung der Pubertät in hohem Maße in Anspruch nimmt; bei den Knaben der Volksschulen finden wir diese Pause nicht. Das stimmt auch mit den Beobachtungen überein, die ich bei der Musterung der Knaben machen konnte: ich fand ganz allgemein, daß bei den Volksschülern der Beginn der körperlichen geschlechtlichen Entwickelung weit später einsetzte als bei den Schülern des Realgymnasiums.

Diese Unterschiede zeigen mit großer Deutlichkeit den starken Einfluß des sozialen Milieus auf die Körpermaße von

Tabelle 1. Durchschnittslänge und Gewicht der Geraer Schulkinder. Die Unterschiede in den verschiedenen sozialen Schichten.

Alter (Jahre)	Höhere Schulen						Mittelschulen						Volksschulen					
	Knaben			Mädchen			Knaben			Mädchen			Knaben			Mädchen		
	Zahl	kg	cm	Zahl	kg	cm	Zahl	kg	cm	Zahl	kg	cm	Zahl	kg	cm	Zahl	kg	cm
7 . . .	—	—	—	—	—	—	40	20,1	111,1	26	20,3	111,6	99	19,8	114,0	116	19,7	112,4
7½ . . .	—	—	—	—	—	—	61	20,3	114,3	50	20,4	114,4	165	21,0	116,0	180	20,6	115,4
8 . . .	—	—	—	15	22,8	122,6	56	22,0	119,1	63	21,6	118,7	139	21,4	117,8	166	21,1	119,7
8½ . . .	—	—	—	15	23,8	124,7	39	22,1	120,0	53	21,4	121,3	163	22,7	118,8	132	22,4	121,6
9 . . .	—	—	—	19	25,4	127,7	39	25,9	123,8	55	23,4	124,1	127	23,5	121,0	173	23,2	121,7
9½ . . .	—	—	—	21	27,1	131,1	40	26,4	126,0	57	26,5	127,8	132	24,5	123,2	139	24,6	125,1
10 . . .	9	29,2	127,0	26	26,9	132,3	58	27,9	126,0	60	26,6	129,3	155	25,3	125,0	174	25,2	126,5
10½ . . .	20	29,5	134,8	23	29,1	135,7	76	29,4	127,0	44	27,4	131,5	154	26,0	128,0	145	26,3	128,0
11 . . .	25	29,5	135,1	17	31,6	138,7	55	30,1	136,0	50	27,4	132,1	146	27,7	129,8	144	27,7	130,3
11½ . . .	36	32,4	138,4	24	31,2	139,8	43	32,4	137,2	49	29,5	135,1	136	28,1	131,9	196	28,1	132,6
12 . . .	39	34,4	141,3	16	33,8	143,3	40	32,4	138,0	39	32,6	140,2	146	29,7	134,7	138	30,5	135,1
12½ . . .	61	34,7	141,4	12	37,1	145,6	49	32,5	138,3	40	33,2	141,0	115	30,7	135,5	180	32,2	138,5
13 . . .	48	34,9	143,4	21	38,7	153,1	63	33,1	140,1	35	36,0	142,1	130	32,0	137,4	151	33,2	140,0
13½ . . .	36	36,9	144,3	25	39,3	153,0	45	33,2	141,2	38	37,9	143,4	142	32,5	139,8	153	35,6	142,4
14 . . .	21	40,9	151,3	28	43,6	153,2	64	35,6	144,2	41	38,1	143,7	174	34,9	144,2	173	37,4	146,1
Summe . .	295	—	—	262	—	—	768	—	—	700	—	—	2123	—	—	2360	—	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schulkindern. Daß die Volksschulkinder kleiner sind als die Schüler höherer Lehranstalten, ist schon von vielen Untersuchern festgestellt worden; im allgemeinen fand man aber, daß sie dafür breiter, „untersetzter" seien, und so war die Frage berechtigt, ob es gesundheitlich für die Schüler der höheren Lehranstalten überhaupt als ein Plus zu buchen sei, daß sie länger sind als ihre gleichalterigen Volksschulkameraden. Für die Geraer Schulkinder kann diese Frage nicht mehr mit Recht aufgestellt werden, nachdem wir gefunden haben, daß die Volksschulkinder dazu noch wesentlich leichter sind, und zwar leichter, als dem Minus an Länge entspricht; fand ich doch bei einer Berechnung des Zentimetergewichts für die Knaben des Realgymnasiums und für 300 Volksschüler, daß das Zentimetergewicht für die Kinder aus besserem sozialen Milieu für alle Altersstufen höher war als das der Volksschüler. Die einen führen diesen schlechteren Entwickelungszustand der Arbeiterkinder — ich wählte für meine Berechnungen absichtlich Volksschulen aus Bezirken mit Arbeiterbevölkerung — darauf zurück, daß die Arbeiter trotz Lohnerhöhung und sozialer Besserstellung sich doch noch so in Not befänden, daß sie ihre Kinder nicht gesundheitlich richtig aufziehen könnten; andere suchen den Grund in mangelndem Verständnis der Arbeiter für die hohe Bedeutung der Gesundheitspflege an ihren Kindern. Die Beantwortung dieser leider auch politisch ausgeschlachteten Frage sei den Volkswirtschaftlern überlassen. Immerhin scheint mir der Hinweis auf einen Umstand von hoher Bedeutung zu sein: ich fand, daß die Kinder einer Volksschule — der Lutherschule — auch hinter den anderen Volksschülern an Länge und Gewicht besonders zurückblieben, auch waren Rachitis und Skrofulose unter ihnen besonders verbreitet; durch eingehende Befragung der Kinder und zahlreiche eigene Erfahrungen stellte ich fest, daß in dem Stadtbezirk, aus dem die Kinder dieser Schule stammen, die Wohnungsverhältnisse weit unhygienischer sind als in den Bezirken der anderen Schulen. Da sich die Lebensverhältnisse der Lutherschulkinder im übrigen nicht von denen der anderen Volksschüler unterscheiden, glaube ich hier einen wesentlichen — wenn auch vielleicht nicht den einzigen — Grund für deren gesundheitliche Minderwertigkeit gefunden zu haben. Wenn sich nun schon sogar innerhalb der einzelnen Volksschulbezirke der Einfluß der Wohnungsverhältnisse geltend zu machen scheint, um wieviel mehr müßte dann die Ungunst der Wohnungsverhältnisse den körperlichen Entwickelungszustand der Volksschüler in ihrer Gesamtheit gegenüber dem der höheren Schüler herabdrücken!

Vergleicht man die gefundenen Werte für Länge und Gewicht mit dem Ergebnis von Schuluntersuchungen, die im Frieden in Mitteldeutschland gemacht wurden, so ergibt sich, daß die Schulkinder zurzeit sehr viel kleiner und leichter sind als vor dem Kriege. Die Kinder sind in allen Altersstufen weit in der Entwickelung zurückgeblieben.

Erwartungsgemäß drücken sich diese ungünstigen Einwirkungen der Kriegsverhältnisse auch in der Zahl und Stärke der Erkrankungen aus. Die außerordentlich große Verbreitung tuberkulöser Erkrankungen unter den deutschen Schulkindern ist von berufener Seite wiederholt beleuchtet worden. Auf Zahlenangaben über die Tuberkulose der Geraer Schulkinder verzichte ich, weil sich die Diagnose „Tuberkulose" bei einer einmaligen Untersuchung nicht mit Sicherheit stellen läßt. Auch die Zahl der als „Kinderkrankheiten"

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bezeichneten Infektionskrankheiten kommt für die Schilderung der Einwirkung der Kriegsverhältnisse auf die Schulgesundheit kaum in Frage, die Verbreitung dieser Krankheiten hängt zu sehr von Zufälligkeiten ab. Von größerer Bedeutung scheint mir aber in diesem Zusammenhange die Feststellung zu sein, wie viele Kinder zurzeit an Skrofulose leiden und wie viele deutliche Zeichen von Rachitis aufweisen. Bezüglich der Rachitis findet man bei dieser Art der Untersuchung allerdings nur, wie viele Kinder deutliche Residuen einer Rachitis haben, ohne daß man angeben könnte, wie viele in Wirklichkeit eine Rachitis durchgemacht haben, und in welchem Maße die einzelnen Kinder unter den Folgen der Rachitis zu leiden haben. Als „Skrofulose" wurden nach v. Pirquet nur die Fälle bezeichnet, für die die Annahme berechtigt war, daß sich zu einem Lymphatismus oder einer exsudativen Diathese eine Infektion mit Tuberkelbazillen gesellt habe. Die Diagnose schien mir dann hinreichend gesichert zu sein, wenn neben ausgesprochenen Drüsenschwellungen eines oder mehrere der folgenden Symptome deutlich feststellbar waren: typische „skrofulöse Physiognomie" mit verdickter Oberlippe oder Nase, Lichtscheu und Conjunctivitis phlyctaenulosa, Ekzem, Knochenfisteln.

Unter diesen Gesichtspunkten wurden die Ergebnisse der Tabelle 2 gewonnen.

Tabelle 2. Rachitis und Skrofulose unter den Geraer Schulkindern.

	Knaben					Mädchen				
	Zahl der unters. Knaben	Skrofulose		Rachitis		Zahl der unters. Mädchen	Skrofulose		Rachitis	
		Zahl	Proz.	Zahl	Proz.		Zahl	Proz.	Zahl	Proz.
Realgymnasium	295	19	6,44	3	1,01	—	—	—	—	—
Höhere Töchterschule (Zabelschule)	—	—	—	—	—	262	14	5,34	19	7,21
Mittelschulen	768	94	13,66	58	8,43	700	42	6,00	27	3,85
Volksschulen	2119	183	8,63	192	9,06	2362	192	8,12	281	11,89
Summe	3182	296	9,30	253	7,95	3324	248	7,46	327	9,04

Die Tabelle 2 zeigt, daß die Volksschüler um 2 bis 3 Proz. mehr an Skrofulose, um 5 bis 8 Proz. mehr an Rachitis erkrankt sind, als die Schüler der höheren Lehranstalten. Auffallend ist die hohe Erkrankungsziffer der Knaben der Mittelschule an Skrofulose (5 Proz. höher als in den Volksschulen) und die geringe Verbreitung von Skrofulose und Rachitis unter den Mädchen der Mittelschule. Daß wir im übrigen auch hier wieder die Volksschüler gegenüber den Schülern der höheren Schulen viel mehr gesundheitlich benachteiligt finden, stimmt mit den Ergebnissen der Wägungen und Messungen überein. Zeichen von Rachitis waren besonders häufig bei allen Kindern im 8. und 9. Lebensjahre, ferner fiel es auf, wie oft eine nach der Anamnese offenbar frische Rachitis im Pubertätsalter festgestellt werden konnte. — Drüsenschwellungen — besonders der Zervikaldrüsen — wurden außerordentlich häufig beobachtet, ungefähr bei 75 Proz. der Kinder.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 3. Anzahl der mit „4" beurteilten Kinder.

Alter (Jahre)	Höhere Schulen				Mittelschulen				Volksschulen			
	Knaben		Mädchen		Knaben		Mädchen		Knaben		Mädchen	
	Untersucht wurden	Davon mit „4"	Untersucht wurden	Davon mit „4"	Untersucht wurden	Davon mit „4"	Untersucht wurden	Davon mit „4"	Untersucht wurden	Davon mit „4"	Untersucht wurden	Davon mit „4"
		Proz.		Proz.		Proz.		Proz.		Proz.		Proz.
7 . . .	—	—	—	—	40	11 27,50	26	1 3,84	99	19 19,08	116	18 15,51
7½ . . .	—	—	—	—	61	12 19,67	50	3 6,0	165	23 13,93	180	35 19,44
8 . . .	—	—	15	—	56	11 19,28	63	1 1,58	139	25 17,89	166	26 16,86
8½ . . .	—	—	15	—	39	8 20,51	53	2 3,77	163	33 20,24	132	11 8,18
9 . . .	—	—	19	—	39	1 2,30	55	7 12,72	127	37 29,13	173	30 11,56
9½ . . .	—	—	21	—	40	1 2,05	57	4 7,01	132	27 20,45	139	27 19,42
10 . . .	9	1 11,11	26	—	58	11 18,96	60	4 6,66	155	31 20,0	174	31 17,81
10½ . . .	20	3 15,0	23	—	76	9 11,84	44	1 2,09	154	34 22,07	145	22 15,17
11 . . .	25	2 8,0	17	—	55	2 3,63	50	6 12,0	146	24 16,43	144	23 15,83
11½ . . .	36	1 2,50	24	—	43	2 4,41	49	3 6,12	136	28 20,58	196	29 14,69
12 . . .	39	1 2,30	16	—	40	3 7,50	39	3 7,69	146	32 21,91	138	16 11,59
12½ . . .	61	2 3,27	12	—	49	3 6,12	40	4 10,0	115	31 26,95	180	20 11,11
13 . . .	48	1 2,08	21	—	63	8 12,69	35	— —	130	19 14,61	151	14 9,27
13½ . . .	36	3 8,33	25	1 4,0	45	7 15,55	38	1 2,63	142	20 14,08	153	8 5,22
14 . . .	21	3 14,27	28	—	64	5 7,81	41	3 7,31	174	15 8,62	173	21 12,13
Summe . .	295	17 5,67	262	1 0,38	768	94 12,23	700	43 6,14	2123	398 18,74	2360	331 13,98

Besser noch als die Zahlen, die Durchschnittsgewicht und -länge der Schulkinder oder die einzelnen Krankheiten angeben, an denen die Kinder leiden, kennzeichnen den Entwickelungszustand der Schulkinder die Urteile erfahrener Schulärzte über den allgemeinen Eindruck, den die Kinder bei der ärztlichen Musterung machten. Hier liefern die Ergebnisse, die bei den Untersuchungen für die Quäkerspeisung gewonnen wurden, wertvolles Material. Die Kinder werden bei diesen Untersuchungen nach dem Eindruck, den sie bei der Inspektion machten, in vier Gruppen eingeteilt. Gruppe 3 umfaßt nach den „Richtlinien" „ausgesprochen unterernährte, insbesondere in der körperlichen Entwickelung erheblich zurückgebliebene Kinder, die eine Zusatznahrung dringend brauchen", Gruppe 4: „schwer unterernährte Kinder, bei denen vorliegende Krankheitserscheinungen eine Zusatzernährung unbedingt erfordern", Gruppe 2: „leicht unterernährte Kinder, bei denen eine Zusatznahrung er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wünscht wäre“ und Gruppe 1: „Kinder in vorzüglichem Gesundheitszustand“.

Die Tabelle 3 zeigt, wie viele von den 6508 Kindern der Tabelle 1 mit „4“ bezeichnet wurden.

Die Musterungen wurden von Herrn Stadtarzt Dr. Merkert und Herrn Schularzt Dr. Eichardt vorgenommen. Beide Untersucher haben sich genau an die „Richtlinien“ gehalten und sich auf einheitliche Technik und Diagnosestellung geeinigt.

Sehr deutlich drückt sich in dieser Tabelle 3 der große Unterschied in dem Gesundheitszustande der Volksschüler, Mittelschüler und der Schüler der höheren Lehranstalten aus. In den Volksschulen sind 6,51 Proz. mehr Knaben mit 4 bezeichnet worden als in der Knabenmittelschule; in dieser wieder 6,56 Proz. mehr als im Realgymnasium. Bei den Mädchen ist der Unterschied noch größer.

Auffallend ist, daß prozentual in allen Schulen die Knaben weit schlechter entwickelt sind als die Mädchen. Es sind durchschnittlich doppelt so viel Knaben mit 4 bezeichnet worden als Mädchen. Allerdings verdienen bei diesen Erwägungen einige Fehlerquellen Beachtung. Es ist zunächst denkbar, daß der untersuchende Arzt bei den Mädchen, die ja weit früher in das Alter der beginnenden geschlechtlichen Reifung kommen als die Knaben, sich durch den mit dieser Entwickelung verbundenen stärkeren Fettansatz, durch die runderen und weicheren Formen, durch die beginnende Entwickelung der Mammae verleiten ließe, den Mädchen weniger oft die Note 4 zu geben, als den Knaben, die schon normalerweise im gleichen Alter magerer sind. Und man könnte ferner daran denken, daß der Arzt unwillkürlich beeinflußt durch die kleinen Eigentümlichkeiten, die das soziale Milieu der Kinder kennzeichnen, durch eine bessere Hautpflege, freiere Haltung und ähnliche Dinge, die man bei den Schülern höherer Lehranstalten findet, diesen Schülern eine bessere Note erteile. Da aber die Untersuchungen, die die Grundlage der Tabelle 3 bilden, von geübten Schulärzten ausgeführt wurden, glaube ich diesen Fehlerquellen keine große Bedeutung zuschreiben zu dürfen. In Gera mag der Unterschied zwischen Volksschülern und höheren Schülern besonders deutlich sein, zumal, da ich für meine Berechnungen diejenigen Volksschulen herangezogen habe, die in Bezirken mit ausgesprochener Industriebevölkerung liegen; es wäre interessant, zu erfahren, ob die Untersuchungen in anderen Städten, die nicht so reine Industriestädte sind, neuerdings zu denselben Ergebnissen geführt haben. Veröffentlichungen liegen darüber meines Wissens aus der neuesten Zeit nicht vor.

Von der Gesamtheit der Geraer Schulkinder, die untersucht wurden (11219), wurden 26,57 Proz. mit „4“ und 43,39 Proz. mit „3“ bezeichnet. Diese 69,96 Proz. der Geraer Schulkinder (= 7851 Kinder) müßten also nach ärztlichem Urteil eigentlich an der Quäkerspeisung teilnehmen! Die Quäker speisen in ihrer edlen Menschenliebe zurzeit 1800 Geraer Kinder = 16,04 Proz. Man muß demnach aus den 69 Proz. Unterernährten die Allerbedürftigsten auswählen. Zu diesem Zwecke schreiben die mehrfach erwähnten „Richtlinien“ der Quäker die Anwendung des Rohrerschen Index der Körperfülle $\left(\frac{\text{Gewicht} \times 100}{\text{Länge}^3}\right)$ vor, der im folgenden kurz als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„R. I." bezeichnet werden wird. Der für jedes Kind ermittelte R. I. wird mit einem „Normalindex" für die Altersstufe des Kindes verglichen, und er werden dann nach der Vorschrift der „Richtlinien" diejenigen Kinder der Speisung zugeführt, die eine negative Abweichung vom Normalindex von 15 Proz. und mehr aufweisen. Es muß also das ärztliche Urteil mit dem Index jedes Kindes zu einem Gesamtbild vereinigt werden. Nach diesem Gesamtbilde erfolgt nun noch einmal eine endgültige Einordnung der Kinder in die Ernährungsgruppen 1 bis 4. Dabei soll es dem Arzt freistehen, bis zu 30 Proz. der Speisungsberechtigten allein auf Grund ärztlicher Beurteilung auszuwählen, da der Index, wie die „Richtlinien" selbst angeben, „nicht durchweg einwandfreie Ergebnisse liefert".

Darüber, ob der R. I. überhaupt dazu geeignet sei, aus einer großen Zahl von Kindern mit Sicherheit die unterernährtesten herauszufinden, herrscht durchaus noch keine Klarheit. Sehr viele namhafte Schulärzte sind der Ansicht, daß er diese Aufgabe keineswegs erfüllen kann. Die eingehendsten Untersuchungen darüber hat wohl Schlesinger veröffentlicht (Westdeutsche Ärzteztg., 11. Jahrg., Nr. 26). Ich muß es mir leider versagen, auf die übrige Literatur hier näher einzugehen.

Ich habe durch eigene Untersuchungen versucht, ein Urteil über die Brauchbarkeit des R. I. zur Auswahl der Geraer Schulkinder für die Quäkerspeisung zu gewinnen. Darüber, ob überhaupt die mathematischen Grundlagen des R. I. richtig sind, steht mir ein Urteil nicht zu.

Folgende Erwägungen scheinen mir aber sehr gegen die praktische Verwendung des R. I. zu sprechen: Zunächst wird der Index mit einem „Normalindex" verglichen, der wieder aus einer „Normallänge" und einem „Normalgewicht" ermittelt wurde. Es ist aber meines Erachtens die Ansicht wohl begründet, daß man solche „Normalwerte für deutsche Kinder" schlechthin überhaupt nicht annehmen kann. Die ethnologische Zusammensetzung der Bevölkerung der einzelnen deutschen Länder, und die Lebensbedingungen, unter denen sie steht, sind so verschieden, daß solche Normalwerte nur einen ganz geringen Wert haben können. Fällt somit die Berechtigung, solche Normalwerte als gute Vergleichsgrundlage anzuerkennen, fort, so kann auch der aus ihnen ermittelte Normalindex nicht als eine für alle gleichaltrigen deutschen Schulkinder gleichmäßig geeignete Vergleichsgrundlage anerkannt werden. Nimmt man aber weiter wirklich an, diese Normalwerte seien gut brauchbar, so sind sie es unter den jetzigen Verhältnissen, die sich stark von denen der Vorkriegszeit unterscheiden, dennoch nicht; in den verschiedensten Gegenden Deutschlands ist ja festgestellt worden, daß zurzeit alle Schulkinder ganz wesentlich leichter und kleiner sind als im Frieden. Will man nun die Unterernährtesten herausfinden, so wird man demnach nicht die verringerte Länge und das geringere Gewicht zur Grundlage wählen dürfen, denn diese Zeichen der Unterernährung weisen fast alle Kinder auf. Die Richtlinien geben selbst an, daß man mit dem Index die Kinder herausfinden könne, „die bei einer dem Alter entsprechenden normalen oder annähernd normalen Körperlänge mehr oder weniger wesentlich im Gewicht zurückgeblieben sind". Nun hat aber zurzeit nur ein ganz geringer Teil der Kinder eine „normale" Körperlänge im Sinne dieser Ausführungen, es fällt also eine ganz wesentliche Voraussetzung für die Verwendung des R. I. fort.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist ferner eine allgemein anerkannte Tatsache, daß Längenwachstum und Gewichtszunahme sehr oft nicht gleichzeitig und in gleichem Ausmaß erfolgen, sondern daß Perioden stärkeren Wachstums mit solchen stärkerer Gewichtszunahme abwechseln. Hat nun ein Kind gerade ein größeres Längenwachstum hinter sich, und befindet es sich erst im Anfang der Periode, in der die Gewichtszunahme erfolgt, so ist es selbstverständlich, daß in diesem Zeitpunkt große Abweichungen vom Normalindex nach Minus auftreten werden, besonders infolge Potenzierung der Länge. Diese Abweichungen beweisen aber meines Erachtens nicht, daß das Kind unterernährt ist, denn sie würden sich bald von selbst wieder ausgleichen, wenn die Periode der Gewichtszunahme ihrem Ende zugeht. Gerade bei einem schnell wachsenden, aber deshalb noch lange nicht unterernährten Kinde werden solche Schwankungen sehr häufig zu finden sein. Ganz besonders diese Erwägung scheint mir dafür zu sprechen, daß

Tabelle 4. Anzahl der mit „4" beurteilten Kinder, deren Rohrerscher Index normal oder nach Plus abgewichen war. (Die Anzahl der untersuchten Kinder ist aus Tabelle 3 ersichtlich.)

Alter (Jahre)	Höhere Schulen						Mittelschulen						Volksschulen					
	Knaben			Mädchen			Knaben			Mädchen			Knaben			Mädchen		
	Mit 4 beurteilt	Index normal oder +		Mit 4 beurteilt	Index normal oder +		Mit 4 beurteilt	Index normal oder +		Mit 4 beurteilt	Index normal oder +		Mit 4 beurteilt	Index normal oder +		Mit 4 beurteilt	Index normal oder +	
		Zahl	Proz.		Zahl	Proz.		Zahl	Proz.		Zahl	Proz.		Zahl	Proz.		Zahl	Proz.
7 . . .	—	—	—	—	—	—	11	6	54,54	1	—	—	19	10	52,63	18	9	50,0
7½ . . .	—	—	—	—	—	—	12	5	41,66	3	2	66,66	23	10	43,48	35	17	48,05
8 . . .	—	—	—	—	—	—	11	5	45,44	1	1	100,0	25	13	52,0	26	15	57,69
8½ . . .	—	—	—	—	—	—	8	6	75,0	2	1	50,0	33	18	54,54	11	6	54,54
9 . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	7	3	42,88	37	22	59,45	30	18	60,0
9½ . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	1	25,0	27	19	70,37	27	14	51,85
10 . . .	1	1	100,0	—	—	—	11	5	45,44	4	3	75,0	31	20	64,51	31	19	61,29
10½ . . .	3	2	66,66	—	—	—	9	4	44,44	1	—	—	34	21	61,76	22	14	63,63
11 . . .	2	—	—	—	—	—	2	—	—	6	2	33,33	24	12	50,0	23	13	56,52
11½ . . .	1	—	—	—	—	—	2	—	—	3	2	66,66	28	17	60,71	29	17	58,62
12 . . .	1	—	—	—	—	—	3	—	—	3	1	33,33	32	19	59,37	16	6	37,50
12½ . . .	2	1	50,0	—	—	—	3	—	—	4	—	—	31	18	58,06	20	10	50,0
13 . . .	1	1	100,0	—	—	—	8	2	25,0	—	—	—	19	5	26,31	14	7	50,0
13½ . . .	3	1	33,33	1	—	—	7	3	42,88	1	—	—	20	10	50,0	8	3	37,50
14 . . .	3	1	33,33	—	—	—	5	—	—	3	—	—	15	4	26,66	21	9	42,85
Summe . .	17	7	41,71	1	—	—	94	36	38,34	43	16	37,20	398	218	54,72	331	177	53,47

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der R. I. nicht gut dazu verwendet werden kann, zu beurteilen, ob ein einzelnes Kind schwer unterernährt ist oder nicht. Anders verhält es sich, wenn man den Durchschnittsindex für eine große Zahl von Kindern feststellt. Dieser wird ein Urteil darüber gestatten, ob die Kinder, die untersucht wurden, zurzeit das richtige Verhältnis zwischen Länge, Gewicht und Alter haben. Auch hier müßte man sich allerdings auf den Standpunkt stellen, daß die Annahme eines Normalindex für gewisse Altersstufen berechtigt ist; die Schwankungen nach oben und unten würden sich dann bei einer genügend großen Zahl von Kindern gegenseitig ausgleichen.

Die Richtlinien gestatten ja nun, wie gesagt, in der Annahme, daß der Index „nicht durchweg einwandfreie Ergebnisse liefert", dem Arzt, bis zu 30 Proz. der Speisungsberechtigten allein auf Grund ärztlicher Beurteilung auszuwählen. Es fragt sich nur, ob wirklich nur bei 30 Proz. der Kinder der R. I. nicht als Kriterium anerkannt werden kann, oder ob dieser Prozentsatz nicht bedeutend höher ist. Diese Frage versuchte ich für die Geraer Schulkinder zu klären. Das Ergebnis dieses Versuchs veranschaulicht die Tabelle 4, in der von den 6508 Kindern, auf die sich meine Untersuchungen erstrecken, diejenigen aufgeführt worden sind, die bei der ärztlichen Musterung die Note „4" erhielten, die aber einen normalen oder sogar einen Index aufwiesen, der nach Plus abgewichen war. Die Zahl dieser Kinder ist in einer besonderen Spalte in Prozente umgerechnet worden. Auch für die Aufstellung dieser Tabelle sind alle Kinder mit Wirbelsäulenverkrümmungen, Beindeformitäten oder familiärem Zwergwuchs sorgfältig ausgeschieden worden; für diese ist der R. I. selbstverständlich überhaupt nicht anzuwenden.

Der Prozentsatz der Kinder, bei denen der Arzt eine schwere Unterernährung für erwiesen hält, die aber einen Normalindex oder Plusindex aufweisen, ist, wie sich aus Tabelle 4 ergibt, ganz wesentlich höher als 30 Proz., in den Volksschulen hatten sogar 54 Proz. aller mit 4 beurteilten Kinder einen Normal- oder Plusindex. Es ist zwar sicher, daß auch das ärztliche Urteil bei einer Massenuntersuchung hier und da fehlgeht (so z. B. bei Kindern, die infolge eines lebhaften Farbenwechsels bei der Untersuchung sehr blaß aussehen); es ist aber kaum denkbar, daß eine mit einer mathematischen Formel gefundene Zahl das Urteil erfahrener Schulärzte in 50 Proz. der Fälle als unzutreffend bezeichnen könnte.

Bei der endgültigen Klassifizierung mußte eine große Zahl vom Arzt mit 3 oder 4 bezeichneter Kinder nachträglich auf Grund ihres positiven R. I. in die Gruppe 2 versetzt werden; für sie ist dadurch die Teilnahme an der Speisung ganz unmöglich geworden; andererseits sind die Fälle nicht selten, in denen Kinder, für die der Arzt eine Zusatznahrung zurzeit nicht für dringend nötig hält, der Speisung zugeführt wurden, weil sie eine erhebliche Indexabweichung nach Minus aufwiesen. Bei dieser endgültigen Einteilung der Kinder zeigte sich, daß gerade die in der Entwickelung beträchtlich zurückgebliebenen, mageren, hohlwangigen Kinder aus niederem sozialen Milieu sehr oft einen annähernd normalen, einen normalen oder sogar einen Plusindex hatten. Dagegen wurde bei lang aufgeschossenen, im übrigen aber gesundheitlich gut befundenen Kindern oft eine beträchtliche Indexabweichung nach Minus gefunden; nach den Richtlinien mußte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Teil dieser Kinder der Speisung zugeführt werden; ich halte es aus den oben angeführten Gründen nicht für richtig, bei diesen Kindern — hauptsächlich Mädchen der höheren Töchterschule — eine Unterernährung anzunehmen, und ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß ein Teil von ihnen ohne Notwendigkeit und auf Unkosten anderer, vom Arzt als unterernährt bezeichneter Kinder an der Speisung teilnimmt. Dieser Eindruck ist noch durch folgende Erfahrungen gefestigt worden: ich habe in den Schulen, deren Kinder in meinen Tabellen aufgeführt sind, die Kinder aller Schulklassen nach ihrem Verhältnis zum Normalindex in Gruppen geordnet. Dabei fand ich in den einzelnen Gruppen immer wieder Kinder in der verschiedensten gesundheitlichen Verfassung. Skrofulöse standen neben blühenden, kräftigen Kindern, magere und blasse neben dicken und rotbäckigen. Die Gruppen der Kinder mit —15 Proz. Abweichung zeigten dasselbe bunte Durcheinander wie die Gruppen, in denen die Kinder mit +15 Proz. Abweichung standen. Gerade diese Erfahrungen durch den Augenschein, die sich leider nicht in Tabellen und Kurven wiedergeben lassen, haben mich in dem Eindruck bestärkt, daß der R. I. kein sehr gut brauchbares Maß zur Beurteilung des Ernährungszustandes eines einzelnen Kindes ist. Ich glaube, durch die in Tabelle 4 veranschaulichten Feststellungen erwiesen zu haben, daß der Satz von 30 Proz. der Kinder, die der Arzt allein auf Grund seines Urteils auswählen darf — jedenfalls für Gera —, viel zu gering ist, und daß es angebracht wäre, ihn auf 50 Proz. zu erhöhen, wenn man überhaupt diese Indexmethode, die sich auf den Vergleich mit Normalwerten stützt, als wissenschaftlich berechtigt und praktisch brauchbar anerkennen will, trotzdem so gewichtige Gründe gegen die Annahme von „Normalwerten für deutsche Kinder" sprechen. So erwünscht es an sich ist, für die Zwecke einer solchen Massenspeisung durch objektive und zahlenmäßige Feststellungen die bedürftigsten Kinder zu erfassen, so wenig scheint es mir erwiesen zu sein, daß die Indexmethode dieser Aufgabe wirklich gerecht werden kann, — möge ihr nun der Rohrersche oder irgend ein anderer der vielen Indizes zugrunde liegen, die für diese Zwecke empfohlen wurden. Aussichtsvoller scheint mir die Oedersche Fettpolstermessung zu sein, deren Brauchbarkeit für Kindermusterungen Neumann und Batkin nachgeprüft haben; allerdings müßte auch hier zunächst festgestellt werden, ob nicht etwa auch hinsichtlich der Stärke des Fettpolsters in verschiedenen Gegenden große Unterschiede bestehen.

Der Erfolg der Quäkerspeisung macht sich, soweit sich die Untersuchungsergebnisse bisher übersehen lassen, nur bei einem kleinen Teil der Kinder schon jetzt in einer erheblichen Gewichts- und Längenzunahme bemerkbar. Für die anderen Kinder, die noch nicht zugenommen haben, gilt, was Czerny auf der 2. Hauptversammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands betonte: „Es wäre ein Fehler, anzunehmen, daß im Falle keiner Gewichtszunahme die Speisung zwecklos war. Der Wert liegt darin, daß den Kindern Nahrungsmittelbestandteile zugeführt werden, welche in ihrer eigenen Kost in unzureichender Menge enthalten sind." Czerny glaubt, daß die von den Quäkern gespeisten Kinder — auch wenn sie nicht an Gewicht und Länge zugenommen haben — bald eine gesteigerte Resistenz und Leistungsfähigkeit aufweisen würden, „die nachweislich durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die einseitige und deshalb unvollkommene Ernährung eine starke Herabsetzung erfahren haben".

Die vorliegenden Untersuchungen lassen uns, wie die vieler anderer Untersucher auch, erkennen, wie schwer unsere Schulkinder unter dem Einfluß der Kriegsverhältnisse in ihrem Entwickelungs- und Gesundheitszustande gelitten haben. Man muß sich darüber klar sein, daß mit der zeitlich begrenzten Quäkerspeisung diese großen Schäden nicht wett zu machen sind. Die Fürsorge für die Schuljugend muß sich gerade heute noch weit über die bloße Gewährung einer Zusatznahrung hinaus ausdehnen. Freilich wird es dem wirtschaftlich schwer bedrückten deutschen Volke nicht leicht werden, die Mittel für eine umfassende Jugendfürsorge aufzubringen; dennoch muß es gelingen, Mittel und Wege zu finden.

[Aus dem Gesundheitsfürsorgeamt der Stadt Cöln.
Leiter: Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig.]

Der Ernährungszustand von Cölner Schulkindern.

Der Wert des Rohrerschen Index für die Beurteilung des Ernährungs- und Entwickelungszustandes der Kinder.

Von Dr. Vonessen, Schularzt.

Als in den ersten Kriegsjahren die Ernährungslage in der Heimat sich mehr und mehr verschlechterte und infolge der unzureichenden Ernährung bei den Erwachsenen sich sehr bald eine deutliche, vielfach sehr starke Gewichtsabnahme bemerkbar machte, bewegte weite Kreise, Ärzte, Erzieher, Volkswirtschaftler und darüber hinaus alle, denen das Wohl ihrer eigenen Kinder wie des Volksganzen am Herzen lag, die lebhafte Befürchtung, daß die Unterernährung das Kindesalter besonders schwer benachteiligen würde, indem der noch in der Entwickelung begriffene kindliche Organismus nicht nur für den Augenblick schwer geschädigt, sondern für immer im Wachstum, in der Entwickelung zurückbleiben würde. An vielen Orten setzten daraufhin Untersuchungen ein, die darauf abzielten, festzustellen, inwieweit das Kindesalter durch die Unterernährung in der normalen Entwickelung gestört und geschädigt sei. Und das Ergebnis all dieser angestellten Untersuchungen und Beobachtungen — siehe die Zusammenstellung der Literatur bis Anfang 1917 bei Schlesinger[6]) und Haeberlin[7]) — war recht beruhigend: Neugeborene und Säuglinge zeigten hinsichtlich Länge und Gewicht keine Beeinträchtigung gegenüber der Friedenszeit; bei Klein- und Schulkindern wurden die Längen- und Gewichtsverhältnisse ebenfalls durchweg als unverändert gegenüber der Vorkriegszeit, an einzelnen Orten sogar als günstiger geschildert; andererseits aber wurde mancherorts doch eine Verschlechterung der Gewichts-, vereinzelt auch der Größenverhältnisse bei den Schulkindern festgestellt, die aber ausnahmslos recht optimistisch beurteilt wurde. Aus Cöln liegt eine Mitteilung aus dem Jahre 1916 vor, nach der die Zahl der Zurückstellungen von Schulanfängern wegen Schwächlichkeit abgenommen habe, Durchschnittsgröße und -gewicht durchweg nicht unerheblich höher sei als in Vorjahren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In den beiden letzten Kriegsjahren aber wurden diese günstigen Berichte recht selten, wenn auch immer noch einzelne optimistische Beurteiler günstige Untersuchungsergebnisse veröffentlichten. Die allerorts ungeheuer ansteigende Ziffer der Tuberkulosetodes- und -erkrankungsfälle, besonders auch im jugendlichen Alter, mußte alle Eingeweihten, zumal die Ärzteschaft, sehr nachdenklich stimmen. Zwar wurden die ungünstigen Berichte zunächst nicht öffentlich laut. Aber schon 1917 ergab eine vertrauliche Umfrage, deren Ergebnis von den amtlichen Stellen aus kriegspolitischen Gründen nicht veröffentlicht wurde, „verzweifelte Berichte aus Anstalten, wo nur die rationierte Ernährung gegeben wurde“ [8]). Und wenn man die heute vorliegenden Sterblichkeitsziffern der Jahre 1914 und 1918 miteinander vergleicht, so ergibt sich für die Altersgruppen von 5 bis 15 Jahren folgendes Bild [9]):

Die Sterblichkeit stieg um 96 Proz. für Preußen, um 124 Proz. für Hessen, um 128 Proz. für Mecklenburg-Schwerin, um 158 Proz. für Sachsen-Altenburg.

In Cöln betrug nach den auf amtlichen Feststellungen beruhenden Angaben des ärztlichen Beigeordneten Prof. Dr. Krautwig [10]) der Verlust an Menschenleben infolge Unterernährung jährlich 2500 oder täglich 7, und speziell für das Kindesalter führte Krautwig aus: „Eine deutliche Sprache reden die bleichen Gesichter und ausgemergelten Körper unserer Kinder, die unsere Hospitäler und Polikliniken, unsere Fürsorgestellen und Asyle bevölkern.“ Ähnliche Berichte kamen aus fast allen Großstädten. In Frankfurt a. M. stellte man bei Knaben und Mädchen der städtischen Bürgerschulen im Jahre 1919 ein Zurückbleiben von Länge und Gewicht durchschnittlich um mehrere Zentimeter und mehrere Kilogramm gegenüber dem Durchschnitt im Jahre 1910 fest [11]). Dazu die erschreckende Zunahme der Tuberkulose, die eine Engländerin, Miß E. Hobhouse, nach ihren Erfahrungen in Leipzig [9]) als „eine wahre Epidemie“ schildert, und der Rachitis. In Barmen z. B. fand sich unter je 5 Kindern zwischen 1 und 3 Jahren immer eines, das infolge schwerer Rachitis nicht stehen oder gehen konnte [9]). Auch aus den Mittel- und Kleinstädten, ja selbst aus ländlichen Bezirken wurden schwerste gesundheitliche Schädigungen gemeldet [9]).

Es ist bekannt, daß diese Schädigungen in der Nachkriegszeit bisher bei weitem nicht behoben werden konnten. Standen auch zwar Lebensmittel wieder in reichlicherer Menge zur Verfügung, so machten doch die unerschwinglich hohen Preise eine ausreichende Ernährung für weiteste Bevölkerungskreise unmöglich. Daß die Teuerung kinderreiche Familien besonders schwer trifft, ist natürlich. Daher kann es nicht wundernehmen, daß man auch heute noch die Zeichen der Unterernährung und ihre Folgen gerade bei unseren Kindern besonders häufig trifft.

Großzügige Hilfsunternehmungen von edelmütigen Spendern sowohl unter unseren eigenen Volksgenossen wie auch besonders von seiten freundlich gesinnter Ausländer haben allerorten zugunsten unserer schwer gefährdeten Kinder eingesetzt. Seit Anfang Dezember 1920 ist auch in Cöln eine Sonderspeisung für Schulkinder seitens der religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von England eingerichtet.

Diese gab die Veranlassung zu der im folgenden mitgeteilten Untersuchung über den Ernährungszustand Cölner Schulkinder. Die Speisung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sollte nach der Absicht der Quäker nur schwer unterernährten Kindern zugute kommen. Die Ermittelung dieser Kinder sollte einmal durch die Schulärzte auf Grund der Inspektion geschehen; daneben aber sollte auch objektiv durch Wägung und Messung der Grad der Unterernährung auf Grund des Rohrerschen Index der Körperfülle[12]) festgestellt werden.

Die Untersuchung, über die hier berichtet werden soll, betraf eine Schule in Cöln-Lindenthal und erstreckte sich auf 340 Schüler und 315 Schülerinnen. Von diesen stammt nach Angabe des Schulrektors etwa $^1/_6$ aus Arbeiterkreisen, etwa $^1/_{10}$ aus dem besser situierten Mittelstande, der ganze Rest aber aus dem unteren Mittelstande, aus den Kreisen der kleineren und mittleren Beamten, kaufmännischer Angestellten sowie kleiner Handwerker und Geschäftsleute.

Die ärztliche Untersuchung der Schulkinder mittels Inspektion geschah bei entblößtem Oberkörper und entblößten Extremitäten. Die Untersuchung wurde wiederholt vorgenommen zu dem Zwecke, die an sich subjektive Schätzung durch die kritische Wiederholung möglichst objektiv zu gestalten. Bei der Wiederholung wurde für jeden Fall zum Schluß die subjektive Beurteilung des Ernährungszustandes verglichen mit dem auf Grund des Rohrerschen Index errechneten Grade des Ernährungs- und Entwickelungszustandes.

Die Messung und Wägung der Kinder wurde nur in einer Klasse von mir selbst bzw. unter meiner Aufsicht, im übrigen von den Lehrpersonen nach meinen Anweisungen — nach den von Martin[1]) und Bachauer-Lampart[2]) vertretenen Grundsätzen — ausgeführt. Die Messung der Körperlänge geschah unter Benutzung eines an senkrechter Wand befestigten Maßstabes von 2 m Länge und eines rechtwinkelig angesetzten Winkelmaßes, ohne Schuhe, in straffer Haltung, mit Fersen, Gesäß und Rücken an die Wand, Kopf in die Ohr-Augenebene eingestellt. Die Wägung geschah mit einer genau wiegenden Dezimalwage, in Kleidern nach Entleerung der Taschen, ohne Schuhe. Von jeder Altersklasse wurde sodann bei zehn und mehr Kindern das durchschnittliche Kleidergewicht bestimmt und von dem Bruttogewicht abgezogen.

Als durchschnittliches Kleidergewicht (ohne Schuhe) wurden folgende Werte ermittelt (Zeit der Wägung: Winter):

Alter	Knaben kg	Mädchen kg	Alter	Knaben kg	Mädchen kg
6 Jahre . . .	0,7	0,9	11 Jahre . . .	1,7	1,2
7 „ . . .	1,0	0,9	12 „ . . .	1,7	1,2
8 „ . . .	1,0	1,1	13 „ . . .	1,7	1,3
9 „ . . .	1,2	1,2	14 „ . . .	1,7	1,3
10 „ . . .	1,3	1,2			

Das von Schlesinger[16]) für Knaben im Frühjahr ermittelte Kleidergewicht ist durchweg etwas niedriger, was wohl auf den Unterschied der Jahreszeit zurückgeführt werden darf.

Die Resultate der Wägung und Messung wurden sodann nach Altersklassen zusammengestellt. Die Kinder wurden, nachdem das Alter auf Monate genau errechnet worden war, in 6- (6 Jahre bis 6 Jahre 6 Monate),

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6½-, (6 Jahre 7 Monate bis 6 Jahre 11 Monate), 7-, 7½- bis 14jährige geschieden.

Anmerkung. In den unten stehenden Tabellen 3 bis 5 ist die Scheidung nach halben Jahren nachträglich aufgegeben worden, um den Umfang der Tabellen in Anbetracht der hohen Papier- und Satzkosten zu verringern.

I.

Der subjektiven Beurteilung des Ernährungszustandes auf Grund der Inspektion wurde die körperliche Entwickelung im ganzen, insbesondere die Ausbildung von Fettpolster und Muskulatur unter Berücksichtigung des Knochenbaues und des Gewebsturgors zugrunde gelegt.

Die Kinder wurden dabei — in Anlehnung an die den Schulärzten erteilten Weisungen — in drei Klassen geschieden:

Klasse I: Kinder in ausreichendem oder noch ausreichendem Ernährungszustande;

Tabelle 1. Knaben.

Altersklasse	Größe			Gewicht		
	Durchschnitt	Maximum	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Minimum
6 Jahre . .	113,5	126	107,0	20,1	23,8	15,8
6½ „ . .	117,0	127	111,0	21,4	26,3	17,1
7 „ . .	119,0	128	107,0	22,0	26,2	19,0
7½ „ . .	121,0	131	93,5	23,1	32,2	15,8
8 „ . .	122,0	132	111,0	22,7	27,5	17,7
8½ „ . .	125,5	139	103,0	24,9	30,0	20,0
9 „ . .	128,0	135	117,0	25,3	30,3	20,3
9½ „ . .	131,0	141	124,0	27,3	32,0	25,0
10 „ . .	130,0	146	115,0	27,1	33,9	22,1
10½ „ . .	131,0	138	118,0	27,7	31,8	22,2
11 „ . .	135,0	142	123,0	29,0	33,8	22,8
11½ „ . .	136,0	146	122,0	29,2	38,3	25,3
12 „ . .	139,0	147	124,0	29,6	34,8	26,3
12½ „ . .	145,0	151	132,0	33,3	38,3	28,3
13 „ . .	141,0	157	129,0	33,6	44,8	26,3
13½ „ . .	} 145,0	} 158	} 132,0	} 35,1	} 42,8	} 25,3
14 „ . .						
Mädchen.						
6 Jahre . .	112,0	119,0	104,0	19,25	22,6	13,7
6½ „ . .	118,0	127,0	108,0	21,0	25,6	17,6
7 „ . .	118,0	132,0	108,0	21,5	27,1	16,3
7½ „ . .	120,5	131,0	112,0	22,3	28,7	17,2
8 „ . .	122,0	132,0	113,0	22,7	28,0	18,4
8½ „ . .	124,0	140,0	114,0	23,4	29,9	18,7
9 „ . .	125,5	132,0	119,0	25,4	29,3	22,3
9½ „ . .	127,5	135,0	118,0	25,6	31,0	21,5
10 „ . .	129,0	138,0	121,0	26,9	35,0	22,0
10½ „ . .	132,5	144,0	119,5	27,2	32,3	20,0
11 „ . .	136,0	142,5	128,0	29,1	34,0	26,3
11½ „ . .	140,0	153,0	122,0	32,5	45,6	26,3
12 „ . .	139,0	147,0	129,0	31,8	40,5	24,8
12½ „ . .	143,0	167,0	120,0	33,9	47,0	24,3
13 „ . .	145,0	155,0	130,0	35,0	41,2	28,9
13½ „ . .	150,5	164,0	135,0	39,6	53,3	26,2
14 „ . .	150,5	161,0	135,0	40,5	58,7	26,2

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 2. Knaben.

Altersklasse	Normalgröße nach		Gefundene Werte für		Normalgewicht nach	
	Camerer	Rohrer	Größe	Gewicht	Rohrer	Camerer
6 Jahre . .	109,0	109,0	113,5	20,1	20,5	20,5
6½ „ . .	(112,0)	112,0	117,0	21,4	21,8	(21,75)
7 „ . .	115,0	117,4	119,0	22,0	22,3	23,0
7½ „ . .	(117,5)	119,1	121,0	23,1	23,0	(24,0)
8 „ . .	120,0	122,3	122,0	22,7	24,2	25,0
8½ „ . .	(122,5)	125,3	125,5	24,9	25,2	(26,25)
9 „ . .	125,0	127,9	128,0	25,3	26,2	27,5
9½ „ . .	(127,5)	130,4	131,0	27,3	27,7	(28,75)
10 „ . .	130,0	133,4	130,0	27,1	29,1	30,0
10½ „ . .	(132,5)	135,7	131,0	27,7	30,1	(31,25)
11 „ . .	135,0	137,7	135,0	29,0	32,1	32,5
11½ „ . .	(137,5)	139,8	136,0	29,2	33,4	(33,75)
12 „ . .	140,0	142,4	139,0	29,6	35,3	35,0
12½ „ . .	(142,5)	144,2	145,0	33,3	36,7	(36,25)
13 „ . .	145,0	146,9	141,0	33,6	39,0	37,5
13½ „ . .	(148,0)	150,7	145,0	35,1	41,9	(39,25)
14 „ . .	151,0	153,1			44,4	41,0
Mädchen.						
6 Jahre . .	107,0	107,0	112,0	19,25	19,0	19,0
6½ „ . .	(110,0)	110,0	118,0	21,0	20,0	(20,0)
7 „ . .	113,0	115,1	118,0	21,5	20,8	21,0
7½ „ . .	(115,2)	118,7	120,5	22,3	21,9	(22,0)
8 „ . .	118,0	121,0	122,0	22,7	22,6	23,0
8½ „ . .	(120,5)	124,2	124,0	23,4	24,2	(24,0)
9 „ . .	123,0	127,0	125,5	25,4	25,1	25,0
9½ „ . .	(125,5)	129,1	127,5	25,6	26,5	(26,0)
10 „ . .	128,0	131,6	129,0	26,9	27,6	27,0
10½ „ . .	(130,5)	133,9	132,5	27,2	28,6	(28,0)
11 „ . .	133,0	137,0	136,0	29,1	31,1	29,0
11½ „ . .	(136,0)	139,6	140,0	32,5	32,6	(30,5)
12 „ . .	139,0	142,4	139,0	31,8	35,7	32,0
12½ „ . .	(142,5)	145,7	143,0	33,9	37,3	(34,5)
13 „ . .	146,0	147,6	145,0	35,0	40,3	37,0
13½ „ . .	(149,5)	151,2	150,5	39,6	43,2	(40,0)
14 „ . .	153,0	156,5	150,5	40,5	45,0	43,0

Anmerkung. In den Spalten: Normalwerte nach Camerer, sind die eingeklammerten Zahlen von mir als arithmetische Mittel der benachbarten Werte eingesetzt.

Klasse II: Leicht unterernährte Kinder;

Klasse III: Ausgesprochen unterernährte, insbesondere in der körperlichen Entwickelung (Gewicht und Länge) erheblich zurückgebliebene Kinder.

Bei dieser Untersuchung wurden — die ausführliche Wiedergabe des Ergebnisses in Form einer Tabelle mußte aus den oben angedeuteten Gründen unterbleiben — 7 Proz. der Knaben und 17,5 Proz. der Mädchen in ausreichendem Ernährungszustande, 25 Proz. der Knaben und 31 Proz. der Mädchen leicht unterernährt, 68 Proz. der Knaben und 51 Proz. der Mädchen ausgesprochen unterernährt befunden. Auffallende Blässe von Haut und Schleimhäuten wurde bei 58 Proz. der Knaben und 52 Proz. der Mädchen festgestellt. Kinder mit frischen roten Wangen, die in früheren Jahren bei weitem die Überzahl ausmachten, bildeten jetzt seltene Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nahmen. Das Ergebnis dieser subjektiven Untersuchung findet im weiteren Verlaufe der folgenden Ausführungen seine Bestätigung und mehr ins einzelne gehende Ergänzung durch die auf objektivem Wege gewonnenen Feststellungen.

II.

In Tabelle 1 ist das Ergebnis der Wägung und Messung für Knaben und Mädchen nach Durchschnitt, Maximum und Minimum dargestellt. Tabelle 2 zeigt sodann die Abweichung der gefundenen Durchschnittswerte von den Normalzahlen nach Rohrer und Camerer.

Durchschnitts-, Maximal- und Minimalzahlen sind zwar wenig geeignet, über die Zusammensetzung einer Zahlenreihe Aufschluß zu geben, und die Tabellen 1 und 2 können daher auch kein vollständiges, richtiges Bild von dem Entwickelungs- und Ernährungszustande der Kinder geben. Immerhin ist auffallend:

1. Die Durchschnittswerte der Körperlänge bei Knaben und Mädchen überschreiten die Normalwerte in den jüngeren Altersklassen, in den älteren dagegen bleiben sie wesentlich unter den Normalzahlen.

2. Das durchschnittliche Körpergewicht bleibt in sämtlichen Altersklassen unter der Norm, und zwar in den älteren Jahrgängen sehr viel mehr als in den jüngeren.

3. Diese Erscheinungen sind bei den Knaben stärker ausgesprochen als bei den Mädchen.

III.

Das Bestreben, ein objektives, richtiges Bild von dem Entwickelungs- und Ernährungszustande einer einzelnen Person zu gewinnen und demselben einen möglichst kurzen und treffenden, rechnerischen Ausdruck zu geben, der einen leichten Vergleich hinsichtlich des Entwickelungszustandes von Personen verschiedener Größe und verschiedenen Alters ermöglichte, veranlaßte die Einführung von Indizes, die sich auf objektiven Körpermaßen aufbauen. In der Erwartung, dadurch ein recht objektives Urteil über die Unterernährung der Kinder und eine gerechte Verteilung der Sonderspeisung an die wirklich Bedürftigen zu erzielen, hatte man denn auch bei der Einrichtung der Quäkerspeisung in Cöln die Beurteilung der Kinder nach einem solchen Index, und zwar nach dem Rohrerschen Index der Körperfülle, $\frac{\text{Gewicht} \times 100}{\text{Länge}^3}$ [12]), gefordert. Diesem Index geben Martin[1]) und Bachauer-Lampart[2]) den Vorzug vor anderen ähnlichen Indizes, weil, wie Martin sagt, diese Formel den Unterschied in der Entwickelung der Körperfülle am besten hervortreten läßt.

Die Ermittelung des Index für den einzelnen Fall geschieht in einfacher Weise mit Hilfe einer eigens dafür berechneten Tabelle (im Buchhandel zu beziehen durch Jul. Springer, Berlin W. 9, Linksstr. 23/24), aus der sich der Index für die gegebenen Werte von Körperlänge (in Zentimetern) und -gewicht (in Kilogrammen) ohne weitere Berechnung ablesen läßt. Für den ermittelten Index wird sodann durch Beziehung auf den Normalindex der betreffenden Altersklasse die prozentuale Abweichung vom Normalindex nach der positiven oder negativen Seite hin festgestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die vorliegende Untersuchung geschah die Ermittelung des Index stets genau auf Zentimeter und halbe Kilogramme.

Das Ergebnis der Ermittelungen auf Grund des Rohrerschen Index ist aus Tabelle 3 zu ersehen.

Tabelle 3.

Der Entwickelungszustand nach dem Rohrerschen Index der Körperfülle.

Knaben.

Altersklasse	Gesamtzahl	Normal oder über d. Norm		Unter der Norm	
		Anzahl	Durchschnittl. Plus	Anzahl	Durchschnittl. Minus
6 Jahre . . .	34	0	—	34	— 16 Proz.
7 „ . . .	61	15	+ 6 Proz.	46	— 10 „
8 „ . . .	51	15	+ 6 „	36	— 9 „
9 „ . . .	37	12	+ 2 „	25	— 9 „
10 „ . . .	50	30	+ 5 „	20	— 8 „
11 „ . . .	43	9	+ 4 „	34	— 10 „
12 „ . . .	26	3	+ 4 „	23	— 12 „
13—14 Jahre . .	38	9	+ 2 „	29	— 10 „
Mädchen.					
6 Jahre . . .	16	2	+ 5 Proz.	14	— 18 Proz.
7 „ . . .	49	10	+ 8 „	39	— 10 „
8 „ . . .	46	16	+ 7 „	30	— 10 „
9 „ . . .	38	20	+ 6 „	18	— 7 „
10 „ . . .	35	17	+ 7 „	18	— 9 „
11 „ . . .	37	12	+ 5 „	25	— 8 „
12 „ . . .	49	16	+ 5 „	33	— 11 „
13—14 Jahre . .	45	13	+ 6 „	32	— 12 „

Wie ein Vergleich dieser Tabelle mit den obigen zeigt, besteht keine rechte Übereinstimmung zwischen dem Ergebnis dieser Untersuchungen nach Rohrer und den oben mitgeteilten Untersuchungsergebnissen. Ja, die Ergebnisse scheinen einander zu widersprechen: Während wir oben mit zunehmendem Alter eine zunehmende Verschlechterung des Ernährungs- und Entwickelungszustandes zu erkennen glaubten, sehen wir hier die Sechsjährigen wesentlich ungünstiger beurteilt als die älteren Kinder. Dieser Widerspruch erklärt sich zum Teil auf folgende Weise: Wie aus der Rohrerschen Formel $\frac{\text{Gewicht} \times 100}{\text{Länge}^3}$ hervorgeht, ist der Index bei großgewachsenen Kindern niedriger als bei kleineren. Aus Tabelle 4 ersieht man nun, daß die sechsjährigen Kinder durchschnittlich größer sind, als der Norm entspricht, während die Größe der älteren Kinder im Durchschnitt unter den Normalwerten bleibt. Infolgedessen ist der Index bei den jüngeren Kindern, deren Längenentwickelung ihrem Alter voraus ist, verhältnismäßig (nicht absolut, s. unten!), also im Verhältnis zum Normalindex der Altersklasse, niedriger als bei den älteren, die in der Länge zurückgeblieben sind; die jüngeren Kinder werden dadurch also nach Rohrer ungünstiger beurteilt als die älteren.

Erklärt sich so der Widerspruch zum Teil mit der verschiedenen Körperbeschaffenheit der jüngeren und der älteren Kinder, so ist er doch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum Teil auch im Rohrerschen Index selbst begründet. Derselbe ergibt nämlich in vielen Fällen ganz widersinnige Ergebnisse.

Bedenkt man, daß bei proportionaler Entwickelung des menschlichen Körpers das Gewicht nicht einfach proportional zur Länge, sondern etwa die zweite Potenz des Körpergewichtes mit der fünften Potenz der Körperlänge zunimmt [Quételet, zitiert bei Gottstein[3]) und Dikanski[15])], so muß, eine normale Entwickelung vorausgesetzt, nach der Rohrerschen Formel (s. oben!) der Index mit zunehmendem Alter kleiner werden. Es ist also auch der Normalindex nach Rohrer, wie die folgende Zusammenstellung zeigt, im Alter von 6 Jahren wesentlich höher als in den älteren Jahrgängen.

Normalindex nach Rohrer.

Knaben	Alter	Mädchen	Knaben	Alter	Mädchen
1,583	6 Jahre	1,551	1,193	10½ Jahre	1,205
1,552	6½ „	1,503	1,218	11 „	1,206
1,374	7 „	1,381	1,256	11½ „	1,203
1,365	7½ „	1,339	1,222	12 „	1,257
1,322	8 „	1,298	1,239	12½ „	1,189
1,280	8½ „	1,259	1,228	13 „	1,234
1,240	9 „	1,220	1,220	13½ „	1,249
1,274	9½ „	1,258	1,229	14 „	1,174
1,233	10 „	1,217			

Bleiben nun aber Größe und Gewicht hinter den normalen Werten zurück, so erfahren ältere Kinder leicht eine günstigere Beurteilung durch den Index, als ihrem Zustande entspricht, da eben der Normalindex in den höheren Altersklassen niedriger ist als in den jüngeren, so daß oft zwei in Größe und Gewicht übereinstimmende Kinder verschiedener Altersklassen eine ganz verschiedene und durchaus widersinnige Bewertung durch den Index erfahren, wie folgendes Beispiel zeigt: In der Altersklasse von 6 Jahren finden sich mehrere Knaben von 124 cm Größe und 23,5 kg Gewicht. Ihr Index, 1,232, bleibt nach Rohrer um 20 Proz. unter der Norm. — Ein Knabe der Altersklasse von 11 Jahren ist 124 cm groß und 23 kg schwer. Sein Index, 1,206, ist nach Rohrer für seine Altersklasse normal!

Weiter aber fordert auch die Beurteilung der Kinder ein und derselben Altersklasse durch den Rohrerschen Index oft zum Widerspruch heraus. Wie oben schon gesagt wurde, folgt aus der Rohrerschen Formel mit Notwendigkeit, daß der Index für kleinere („kleingewachsene") Kinder stets höher liegt als für größere. Daraus ergibt sich, was auch schon erwähnt wurde, daß kleinere Kinder verhältnismäßig günstiger beurteilt werden als größere. Mit Schmid-Monnard[5]) wird nun zwar wohl jeder Percy Boulton zustimmen, daß man in der etwaigen Kleinheit nichts Pathologisches finden dürfe, sofern das Körpergewicht der wirklich erlangten Körpergröße entspreche [s. dazu auch Pfaundler[4])]. Aber andererseits wird man den Entwickelungszustand solcher Kinder doch nicht gleich als wesentlich über der Norm stehend bezeichnen, wie es bei der Beurteilung nach Rohrer sehr häufig geschieht. Beispiel: Knabe, 8 Jahre 7 Monate alt, Größe 103 cm (Normalgröße nach Rohrer 125 cm), Gewicht 18 kg

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(entspricht nach v. Pirquet — s. unten — ziemlich genau der wirklichen Größe): Der Index, 1,647, überschreitet nach Rohrer die Norm um 30 Proz.!

Ebenso unrichtig werden nach dem Gesagten natürlich auch diejenigen Kinder beurteilt, die in der Längenentwickelung zurückgeblieben sind und nicht einmal das der erlangten Körpergröße entsprechende Gewicht aufweisen. Gerade solche Kinder machen, zumal wenn man sie neben ihren besser entwickelten Altersgenossen sieht, einen äußerst zarten, sehr schwächlichen, vielfach geradezu elenden Eindruck. Beispiel: Knabe, 7 Jahre 5 Monate alt, 110 cm groß (Normalgröße nach Rohrer 117 cm), 19 kg schwer, erscheint bei der Untersuchung ausgesprochen unterernährt, schwächlich und schlecht entwickelt. Tatsächlich bleibt das Gewicht nach v. Pirquet — s. unten! — um 2 kg hinter dem seiner Körpergröße entsprechenden Gewicht zurück. Sein Index ergibt aber eine Abweichung über die Norm um + 5 Proz., was in krassem Widerspruch zu dem unverkennbar schlechten Entwickelungs- und Ernährungszustande steht.

In vielen Fällen täuscht also die Beurteilung nach dem Rohrerschen Index ein wesentlich günstigeres Bild vor, als es in Wirklichkeit besteht. Daher entspricht auch das in der obigen Tabelle 3 zum Ausdruck kommende Urteil über den Entwickelungs- und Ernährungszustand der Kinder keineswegs den tatsächlichen Verhältnissen.

Aus all diesen Feststellungen glaube ich folgern zu müssen, daß der Rohrersche Index für den vorliegenden Zweck, ein objektives Urteil über den Entwickelungs- und Ernährungszustand der Schulkinder zu geben, ungeeignet und daher abzulehnen ist.

Ich komme damit hinsichtlich des Rohrerschen Index der Körperfülle zu demselben Ergebnis wie Pfaundlers Schüler Matusiewicz[13]) hinsichtlich des Index ponderalis von Livi $\left(\frac{100 \times \sqrt[3]{\text{Gewicht}}}{\text{Länge}}\right)$ und des Längengewichtsindex v. Pirquets $\left(\frac{\text{Länge}^3}{\text{Gewicht}}\right)$; derselbe faßt sein Urteil dahin zusammen, „daß (wenigstens im Schulalter) die besagten Indizes im Einzelfalle nicht imstande sind, brauchbare Anhaltspunkte für Körperbeschaffenheit und Ernährungszustand zu bieten und die subjektive Schätzung dieser Qualitäten irgend zu ersetzen."

IV.

Da der Rohrersche Index sich als unzulänglich erwies und sich nach den Erfahrungen von Matusiewicz auch nicht von einem der anderen angegebenen Indizes ein einwandfreies Ergebnis erwarten ließ, wandte ich v. Pirquets Verfahren zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern an, um den Entwickelungs- und Ernährungszustand der Kinder objektiv zur Darstellung zu bringen.

v. Pirquet[14]) hat Alter, Länge und Gewicht der Kinder nach den Durchschnittszahlen von Camerer in einer Tabelle zusammengestellt, in der für jeden Zentimeter Körperlänge das Durchschnittsalter und das Durchschnittsgewicht angegeben sind. Man ersieht aus der Tabelle einmal, ob der Länge des Kindes das Gewicht entspricht oder um wieviel das tatsächliche Gewicht von dem der Länge entsprechenden Sollgewicht ab-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 4. Abweichung von den Normalwerten nach v. Pirquet: Größe.

Knaben.

Altersklasse	Gesamtzahl	Normal	Über der Norm		Unter der Norm	
			Anzahl	Durchschnittl. Abweichung	Anzahl	Durchschnittl. Abweichung
6 Jahre . .	34	2	26	+ 6,5 cm	6	— 2,0 cm
7 „ . .	61	3	46	+ 5,5 „	12	— 6,0 „
8 „ . .	51	3	33	+ 5,0 „	15	— 5,5 „
9 „ . .	37	1	25	+ 4,5 „	11	— 4,0 „
10 „ . .	50	4	18	+ 4,5 „	28	— 5,0 „
11 „ . .	43	3	12	+ 5,5 „	28	— 5,0 „
12 „ . .	26	1	14	+ 4,0 „	11	— 6,0 „
13—14 Jahre	38	3	11	+ 4,0 „	24	— 8,5 „
	340	20 = 5,9 %	185 = 54,4 %	+ 5,0 cm	135 = 39,7 %	— 5,0 cm
Mädchen.						
6 Jahre . .	16	0	14	+ 6,0 cm	2	— 3,5 cm
7 „ . .	49	3	38	+ 6,0 „	8	— 3,0 „
8 „ . .	46	2	28	+ 7,0 „	16	— 3,0 „
9 „ . .	38	2	27	+ 3,5 „	9	— 4,0 „
10 „ . .	35	0	22	+ 4,5 „	13	— 6,5 „
11 „ . .	37	5	23	+ 5,5 „	9	— 4,0 „
12 „ . .	49	0	22	+ 4,5 „	27	— 6,0 „
13—14 Jahre	45	0	20	+ 4,5 „	25	— 8,0 „
	315	12 = 3,8 %	194 = 61,5 %	+ 5,0 cm	109 = 34,6 %	— 5,0 cm

Tabelle 5. Abweichung von den Normalwerten nach v. Pirquet: Gewicht.

Knaben.

Altersklasse	Gesamtzahl	Normal	Über der Norm		Unter der Norm	
			Anzahl	Durchschnittl. Abweichung	Anzahl	Durchschnittl. Abweichung
6 Jahre . .	34	2	0	—	32	— 2,9 kg
7 „ . .	61	0	4	+ 1,6 kg	57	— 2,9 „
8 „ . .	51	3	2	+ 1,3 „	46	— 3,4 „
9 „ . .	37	0	0	—	37	— 3,3 „
10 „ . .	50	1	3	+ 1,1 „	46	— 3,2 „
11 „ . .	43	0	2	+ 1,7 „	41	— 3,9 „
12 „ . .	26	0	0	—	26	— 4,6 „
13—14 Jahre	38	1	3	+ 1,9 „	34	— 3,0 „
	340	7 = 2 %	14 = 4 %	+ 1,5 kg	319 = 34 %	— 3,4 kg
Mädchen.						
6 Jahre . .	16	1	3	+ 1,1 kg	12	— 2,7 kg
7 „ . .	49	4	4	+ 1,5 „	41	— 2,3 „
8 „ . .	46	2	5	+ 1,5 „	39	— 2,7 „
9 „ . .	38	3	8	+ 2,4 „	27	— 2,0 „
10 „ . .	35	2	11	+ 1,8 „	22	— 2,7 „
11 „ . .	37	3	12	+ 1,3 „	22	— 2,6 „
12 „ . .	49	4	18	+ 1,5 „	27	— 3,5 „
13—14 Jahre	45	3	14	+ 3,0 „	28	— 4,4 „
	315	22 = 7 %	75 = 24 %	+ 1,7 kg	218 = 69 %	— 2,9 kg

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weicht; zum anderen, ob dem tatsächlichen Alter des Kindes die Länge entspricht oder um wieviel die tatsächliche Länge von der Soll-Länge der Altersklasse abweicht. Es dient hierbei also die Körperlänge, nicht das Alter wie bei dem Rohrerschen Verfahren, als Ausgangspunkt zur Beurteilung des Ernährungs- und Entwickelungszustandes der Kinder. Dieser Aufbau der Beurteilung auf der Körperlänge nimmt für sich ein; denn es ist einleuchtend, daß sich die Proportionen mehr nach der absoluten Länge richten als nach dem Lebensalter [s. auch Schmid-Monnard[5])]. Man erhält bei diesem Verfahren also stets zwei Werte: Der eine gibt die Abweichung der Länge von der Durchschnittslänge der betreffenden Altersklasse an, der andere den Unterschied zwischen dem der wirklichen Länge entsprechenden Sollgewicht und dem tatsächlichen Gewicht. Man stellt also lediglich diese absoluten Abweichungen von Länge und Gewicht fest und verzichtet darauf, den Entwickelungszustand durch ein bestimmtes errechnetes Verhältnis von Länge und Gewicht auszudrücken.

v. Pirquet benutzt zu seiner Berechnung die Camererschen Grundzahlen; diese weichen von den von Rohrer seiner Indexberechnung zugrunde gelegten Normalwerten etwas ab (s. Tabelle 2!).

Das Ergebnis dieser Untersuchungen veranschaulichen die Tabellen 4 und 5. Sie zeigen, was die Längenentwickelung der Kinder angeht, daß etwa 6 Proz. der Knaben und etwa 4 Proz. der Mädchen genau die Durchschnittsgröße nach v. Pirquet haben, daß etwa 54 Proz. der Knaben und 61 Proz. der Mädchen die Durchschnittsgröße nach v. Pirquet überschreiten, und zwar durchschnittlich um 5 cm, und daß etwa 40 Proz. der Knaben und 35 Proz. der Mädchen unter der Durchschnittsgröße nach v. Pirquet bleiben, gleichfalls um durchschnittlich 5 cm. Die Durchschnittsgröße liegt danach bei unseren Kindern also etwas höher, als Camerer sie ermittelt hat. Weiter ist aus Tabelle 4 zu ersehen, daß die Überschreitung der Durchschnittsgröße in den jüngeren Altersklassen häufiger ist und höhere Maße ausmacht, als in den älteren Jahrgängen, während sich die „Untermaßigkeit" (Pfaundler) häufiger und in stärkerem Grade in den älteren als in den jüngeren Jahrgängen findet. Bei den Knaben ist diese Erscheinung durchweg etwas deutlicher ausgeprägt als bei den Mädchen.

Hinsichtlich des Gewichtes entsprechen 2 Proz. der Knaben und 7 Proz. der Mädchen den Durchschnittsanforderungen nach v. Pirquet. Bei 4 Proz. der Knaben und 24 Proz. der Mädchen steht das Gewicht um durchschnittlich 1,5 bzw. 1,7 kg über dem ihrer Länge entsprechenden Durchschnittsgewicht. Bei weitem der Hauptteil aber, nämlich 94 Proz. der Knaben und 69 Proz. der Mädchen bleiben um durchschnittlich 3,4 bzw. 2,9 kg unter dem für ihre Länge geforderten Normalgewicht. Die Untermaßigkeit ist bei den Knaben in den verschiedenen Altersklassen ungefähr gleich häufig, zeigt aber in den älteren Jahrgängen etwas höhere Werte als in den jüngeren. Bei den Mädchen dagegen ist die Untermaßigkeit in den älteren Jahrgängen seltener als in den jüngeren; aber dort, wo sie vorhanden ist, weist sie in den älteren Jahrgängen höhere Werte auf als in den jüngeren.

Im ganzen erscheinen die Mädchen, und zwar hauptsächlich in den älteren Jahrgängen günstiger gestellt als die Knaben. Man geht wohl nicht fehl, wenn man dies lediglich auf den Einfluß der Pubertät zurückführt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die angeführten Zahlen geben ein deutliches Bild von der schweren körperlichen Schädigung, die wir auch heute noch bei unserer Schuljugend als Folge der langdauernden Unterernährung feststellen müssen: In allen Altersklassen von 6 bis 14 Jahren ein auffälliges Zurückbleiben im Körpergewicht bei der großen Mehrzahl der Kinder (94 Proz. der Knaben, 69 Proz. der Mädchen)! Vor dem Kriege waren solche Zahlen etwas Unerhörtes: Schlesinger[16]) z. B. fand bei seinen Untersuchungen vor dem Kriege und in der ersten Kriegszeit dürftigen Ernährungszustand, Magerkeit in 8 bis 16 Proz. der Fälle. Mangelhaft konstituierte, in der körperlichen Entwickelung zurückgebliebene Kinder fand er durchschnittlich in 2 Proz. der Fälle. In Tabelle 6 habe ich die Fälle zusammengestellt, in denen gleichzeitig Körperlänge und -gewicht unter der Norm bleiben. Gerade von diesen Kindern machen viele mit ihrem kleinen, schmächtigen, abgezehrten Körper, ihren bleichen Wangen, ihrem matten, teilnahmslosen Gesichtsausdruck einen so elenden, erbarmungswürdigen Eindruck. Unter 340 Knaben sind 121 = 36 Proz. und von 315 Mädchen 63 = 20 Proz., die ein gleichzeitiges Minus an Länge und Gewicht aufweisen. Im Gegensatz zu Schlesinger, der die ungünstigsten Verhältnisse regelmäßig in den jüngeren Altersklassen fand und beobachtete, daß die zurückgebliebenen Kinder das Versäumte später gewöhnlich wieder einholten, ergaben meine Untersuchungen gerade in den älteren Jahrgängen ein viel auffälligeres Zurückbleiben, wie sich aus den Tabellen 2, 4, 5, 6 leicht ersehen läßt. Es scheint danach beinahe, als wenn die jüngst in die Schule Eingetretenen unter den Entbehrungen des Krieges weniger gelitten hätten als die Älteren. Vielleicht ist diese Tatsache so zu erklären, daß auch in den Zeiten der ärgsten Lebensmittelnot für die Kleinsten in der Familie mit ihrem verhältnismäßig geringeren Nahrungsbedarf etwas besser gesorgt werden konnte als für ihre älteren Geschwister, die bei der unzulänglicheren Ernährung auch noch den Anforderungen des Schullebens zu genügen hatten und vielfach sogar noch zu häuslichen und sonstigen Arbeiten herangezogen werden mußten.

Tabelle 6.

Gleichzeitige Untermaßigkeit in bezug auf Größe und Gewicht.
(Nach den Normalwerten nach v. Pirquet.)

Knaben.

Altersklasse	Gesamtzahl	Unter der Norm in bezug auf Größe und Gewicht	Durchschnittl. Minus	
			Größe	Gewicht
6—9½ Jahre	183	39 = 21 Proz.	— 3,5 cm	— 2,5 kg
10—14 „	157	82 = 52 „	— 6,5 „	— 3,4 „
	340	121 = 36 Proz.	— 5,0 cm	— 3,0 kg

Mädchen.

6—9½ Jahre	149	25 = 17 Proz.	— 2,5 cm	— 2,0 kg
10—14 „	166	38 = 23 „	— 5,5 „	— 3,0 „
	315	63 = 20 Proz.	— 4,0 cm	— 2,5 kg

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V.

Es erübrigt sich noch, kurz auf die sozialen Verhältnisse und ihre Beziehung zum Ernährungs- und Entwickelungszustand der Kinder einzugehen. Früher hat man stets bei den Kindern der besser situierten Kreise durchschnittlich höhere Körperlänge und höheres Gewicht sowie auch höheres Streckengewicht (Gewicht pro Zentimeter Körperlänge) gefunden als bei den Kindern der minderbemittelten Bevölkerung, insbesondere der Arbeiterkreise. Diese Tatsache hat man früher so ausgelegt, daß die Kinder der wohlhabenderen Kreise körperlich besser entwickelt seien als die der Arbeiterklasse. In den letzten Jahren aber hat diese Ansicht eine Wandlung erfahren. Denn es zeigte sich, daß die ersteren im Verhältnis nicht so viel schwerer waren, als ihrer höheren Länge entsprochen hätte. So kam Dikanski[15]) zu dem Ergebnis: „Die Arbeiterkinder sind die relativ massigeren, keinesfalls die magereren", und Pfaundler[4]) schreibt: „Die relative Breitenentwickelung ist bei den Kindern aus der Arbeiterklasse nicht geringer, sondern größer als bei den Kindern der Wohlhabenden. Das Körpergewicht jener ist nicht in dem Maße reduziert, als es die Reduktion der Körperlänge erwarten ließe, sondern etwas weniger." Auch Schlesinger[16]) fand Magerkeit unter den gut situierten Schülern der höheren Lehranstalten entschieden häufiger als bei den minderbemittelten Volksschülern.

Ich habe oben schon angegeben, wie sich die Kinder, auf welche sich meine Untersuchung erstreckte, auf die verschiedenen sozialen Schichten verteilen. Ausdrücklich möchte ich an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, daß das so traurige Bild, welches sich aus meiner Untersuchung ergibt, an einem Material gewonnen wurde, das sich zum weitaus größten Teil aus Kindern des unteren Mittelstandes, insbesondere von unteren und mittleren Beamten und Angestellten zusammensetzt. Eine auffallende Sonderstellung, eine Bevorzugung oder Benachteiligung hinsichtlich des Ernährungszustandes der Kinder des einen oder anderen sozialen Standes ließ sich in keinerlei Weise feststellen. Bei allen fanden sich vielmehr neben einzelnen mit ausreichendem oder gutem Ernährungszustand viele mit ausgesprochener Unterernährung.

Ganz dasselbe Bild wie in der Volksschule fand ich auch an einer hiesigen höheren Mädchenschule: Der Entwickelungszustand der Schülerinnen schien mir genau so ungünstig zu sein wie bei den Kindern der Volksschule. Leider konnte ich das Ergebnis dieser Untersuchung aus äußeren Gründen nicht in gleicher Weise verarbeiten, wie es hier für die Volksschule geschehen ist.

Ich behalte mir vor, die vorliegende Untersuchung, die sich hauptsächlich auf Kinder des unteren Mittelstandes erstreckt, durch gleichgerichtete Untersuchungen an Kindern aus anderen sozialen Ständen zu ergänzen.

In diesem Zusammenhange möchte ich noch darauf hinweisen, daß die oben erwähnte Frankfurter Untersuchung sich auf Kinder aller sozialen Stände erstreckte und für alle das gleiche ungünstige Ergebnis zeitigte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zusammenfassung.

1. Die ärztliche Untersuchung von etwa 650 zum größten Teile dem unteren Mittelstande angehörigen Volksschulkindern ergibt in etwa 25 Proz. der Fälle leichte und in etwa 60 Proz. der Fälle ausgesprochene, schwere Unterernährung. Auffallende Blässe von Haut und Schleimhäuten findet sich bei etwa 55 Proz.

2. Stellt man für jeden einzelnen Fall nach v. Pirquet die Abweichung von den Normalwerten für Körperlänge und Gewicht fest, so ergibt sich bei 94 Proz. der Knaben und 69 Proz. der Mädchen ein durchschnittliches Minus an Gewicht von 3,4 bzw. 2,9 kg.

3. Die durchschnittliche Körpergröße überschreitet bei den jüngeren Kindern die bekannten Normalwerte, bleibt aber mit zunehmendem Alter der Kinder mehr und mehr hinter den Normalwerten zurück.

4. Das Durchschnittsgewicht bleibt in sämtlichen Altersklassen unter der Norm, wiederum in den älteren Jahrgängen sehr viel mehr als in den jüngeren.

5. Bei allen Untersuchungen erscheinen die Mädchen, besonders in den höheren Altersklassen (Einfluß der Pubertät!), etwas günstiger gestellt als die Knaben.

6. Soziale Unterschiede hinsichtlich des Ernährungszustandes ließen sich nicht feststellen. Schülerinnen einer höheren Mädchenschule machten in ihrer Körperbeschaffenheit denselben ungünstigen Eindruck wie die Kinder der Volksschule.

7. Der Rohrersche Index der Körperfülle erwies sich als ungeeignet, ein objektives Bild von dem Ernährungs- und Entwickelungszustande der Kinder zu geben.

Literatur.

[1]) Martin, Lehrbuch der Anthropologie. Jena 1914.
[2]) Bachauer-Lampart, Vorschläge zur einheitlichen Organisation der Kinderwägungen und -messungen. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1919, Nr. 4.
[3]) Gottstein, Biometrie. In Gottstein-Tugendreich, Sozialärztliches Praktikum. Berlin 1918.
[4]) Pfaundler, Körpermaßstudien an Kindern. Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 14, 1916.
[5]) Schmid-Monnard, Über den Wert von Körpermaßen zur Beurteilung des Körperzustandes bei Kindern. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 43, 1901.
[6]) Schlesinger, Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 66, S. 164.
[7]) Haeberlin, Daselbst, S. 382.
[8]) Soz. Praxis 1918/19, Nr. 13, S. 216.
[9]) Soz. Praxis 1920, Nr. 42, S. 997.
[10]) Zitiert: Soz. Praxis 1918/19, Nr. 26, S. 444.
[11]) Soz. Praxis 1920, Nr. 46, S. 1100.
[12]) Rohrer, Korrespondenzblatt der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie, Bd. 39, 1908. Zitiert bei Martin (1) und Bachauer-Lampart (2). (Das Original war mir leider nicht zugängig.)
[13]) Matusiewicz, Der Körperlängen-Körpergewichtsindex bei Münchener Schulkindern. Inaugural-Dissertation. München 1914.
[14]) v. Pirquet, Eine einfache Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern. Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 6, 1913.
[15]) Dikanski, Über den Einfluß der sozialen Lage auf die Körpermaße von Schulkindern. Inaugural-Dissertation. München 1914.
[16]) Schlesinger, Das Wachstum der Knaben und Jünglinge vom 6. bis 20. Lebensjahre, Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 16, 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chronik der Sozialen Hygiene.

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

Seuchenbekämpfung.

Tuberkulose.

Zu den statistischen Daten über die Tuberkulosesterblichkeit, die in unserem letzten hierauf bezüglichen Bericht (April 1920) mitgeteilt worden sind, mögen hier zunächst einige Ergänzungen gegeben werden.

In den Jahren 1916 bis 1918 waren es nach den „Medizinalstatistischen Nachrichten“ (Jahrg. 9, Heft 2) in Preußen hauptsächlich vier Todesursachen (Krankheiten!), die der Sterblichkeit in den drei Berichtsjahren ihr Gepräge aufdrücken. Es sind dies 1. die Influenza, 2. die mit ihr in engem Zusammenhang stehende Lungenentzündung, 3. die Tuberkulose und 4. die Altersschwäche, sofern man letztere als selbständige Krankheit gelten läßt.

An Influenza starben im Jahre 1913: 3010 (auf 10 000 Lebende 0,72), 1914: 3121 (0,74), 1915: 4016 (0,95), 1916: 4249 (1,01), 1917: 4411 (1,04), 1918 aber 120 612 (28,43) Einwohner.

Der Lungenentzündung erlagen im Jahre 1913: 50 084 (auf 10 000 Lebende 12,03), 1914: 50 002 (11,84), 1915: 53 886 (12,76), 1916: 55 542 (13,75), 1917: 63 803 (15,04) und 1918: 107 965 (25,45) Personen.

Der Tuberkulose fielen im Jahre 1913: 56 861 (auf 10 000 Lebende 13,65), 1914: 58 577 (13,87), 1915: 61 006 (14,45), 1916: 66 544 (15,76), 1917: 87 032 (20,52), 1918: 97 581 (23,00) und 1919: 85 193 (21,53) Menschen zum Opfer.

Infolge von Altersschwäche verstarben 1913: 65 442 (auf 10 000 Lebende 15,71), 1914: 71 783 (17,00), 1915: 76 489 (18,12), 1916: 82 291 (19,49), 1917: 99 517 (23,46) und 1918: 92 965 (21,91) Personen.

Diesen vier Todesursachen zusammen sind (wenn man von den an Kriegsverletzungen Gestorbenen absieht) in den Jahren 1916 und 1917 mehr als ein Drittel, im Jahre 1918 sogar mehr als die Hälfte aller Gestorbenen zum Opfer gefallen. Auf die erschreckende Steigerung der Todesfälle durch die genannten Todesursachen hat zweifellos — selbst wenn die Bösartigkeit der Influenzaepidemie des Jahres 1918 nicht berücksichtigt wird — der Krieg mit seinen unheilvollen Wirkungen einen entscheidenden Einfluß ausgeübt. In dem Bericht wird u. a. ausgeführt:

„Die Wirkungen der Hungerblockade, der in weit überwiegenderem Maße als anderen Ursachen die erhöhte Tuberkulosesterblichkeit zuzuschreiben ist, kommen in besonders fürchterlicher Weise in den beiden letzten Jahren zum Ausdruck. Das weibliche Geschlecht ist stärker beteiligt. Das erklärt sich daraus, daß die Frauen in der Heimat unter dem Nahrungsmangel mehr zu leiden hatten, als die im Heeresdienst stehenden Männer. Dann wurden die Frauen in den Kriegsjahren bei schlechter Ernährung noch zu ungewohnten und anstrengenden Arbeitsleistungen herangezogen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daß das stundenlange Anstehen auf Lebensmittel in zum Teil dürftiger Kleidung bei Nässe und Kälte, der Kohlenmangel bei starker Kälte (Winter 1916/17) gerade besonders schädlich auf den Verlauf der Tukerkulose einwirken mußten, braucht kaum erwähnt zu werden. Die unvermeidliche Einstellung latent oder nicht völlig ausgeheilter Tuberkulöser in das Heer und in gesundheitsschädliche Betriebe der Kriegsindustrie, die notgedrungene Schließung der Tuberkuloseheilstätten, Ärztemangel, weniger sorgfältige Behandlung und Pflege der Erkrankten — alles Zwangswirkungen des Krieges — haben auch zur Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit beigetragen.

Bei Durchsicht der beigegebenen Tabellen zeigt sich das stete Anwachsen der Gesamtsterblichkeit bei beiden Geschlechtern in den Kriegsjahren in deutlichster Weise, und zwar von 14,22 (männlich) und 13,10 (weiblich) im Jahre 1913 auf 22,90 (männlich) und 23,10 (weiblich) im Jahre 1918, mit Worten: die Tuberkulosesterblichkeit hat um mehr als die Hälfte zugenommen.

Was durch zielbewußte Bekämpfung der Tuberkulose in einer langen Reihe von Friedensjahren erreicht war, ist durch den Krieg, vor allem durch die Hungerblockade in kurzer Zeit zerstört worden. Geradezu erschütternd aber wirkt die Tatsache, daß auch die Kinder, die Zukunft eines Volkes, die im Frieden verhältnismäßig wenig gefährdet waren, während des Krieges so zahlreich der Krankheit zum Opfer gefallen sind. Von Anstrengungen konnte bei ihnen — im Gegensatz zu den Erwachsenen — noch nicht die Rede sein; sie sind der mangelhaften Ernährung oder, besser gesagt, dem Hunger erlegen. Während es mit Mühe und Not gelang, den Säuglingen noch Milch in annähernd ausreichender Menge zu beschaffen, konnte diese sowie Fett und andere wichtige Nahrungsmittel den älteren Kindern nicht mehr genügend zugeführt werden."

Wie zutreffend das ist, wird sogar von englischer Seite bestätigt. Denn in der „Lancet" bespricht der frühere Leiter des städtischen Sanatoriums zu Birmingham, Dr. Glover, die Verbreitung der Tuberkulose in Deutschland. Aus den Tabellen des Reichs-Gesundheitsamtes stellt er, wie wir in der „Münchener Med. Wochenschrift" lesen, die enorme Zunahme seit 1914 fest; auch England habe diese Zunahme erfahren, allerdings in weit geringerem Grade; seit 1918 sei in beiden Ländern eine leichte Besserung eingetreten; auf ein wesentliches Herabgehen der Zahlen, etwa bis zu dem Stande vor dem Kriege, sei in Deutschland nicht zu rechnen, da die Ernährungsverhältnisse „jetzt noch viel schlimmer seien als jemals in England zu der schlimmsten Zeit des Krieges"; das werde sich wenigstens noch 10 Jahre lang fühlbar machen. Die Maßregeln zur Bekämpfung der Tuberkulose findet Dr. Glover ungenügend; Mangel an Geldmitteln, die jetzt herrschende Widersetzlichkeit gegen alle Vorschriften, auch fehlerhafte Organisation der Fürsorgestellen kämen in Betracht. Die Zahl der verfügbaren Betten in Sanatorien und Krankenhäusern sei viel zu gering; nur 25 bis 35 Proz. der Tuberkulösen fänden Behandlung in diesen Anstalten, und auch diese nur für eine ganz ungenügende Zeit; die Fürsorgestellen leisteten viel Gutes auf dem Gebiete der Diagnose, der Statistik, der Ausarbeitung von Vorschriften, aber die Behandlung träte bei den beschränkten Mitteln ganz zurück. Den Einfluß der Hungerblockade erwähnt Dr. Glover als allgemeine Ansicht, ohne selbst dazu Stellung zu nehmen.

Wenn man die Altersschwäche als eine im wesentlichen natürliche Erscheinung und die akute Influenza ausschaltet, so ergibt sich namentlich bei der Betrachtung von 1917 und 1918 die ganz besondere Gefährlichkeit der Tuberkulose; denn diese hat zugleich chronischen wie kontagiösen Charakter. In Bayern ist die Steigerung in dem Jahre 1917/18 gegenüber dem vorhergehenden keineswegs so stark gewesen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Sterblichkeit an Lungentuberkulose in Bayern betrug nach den Feststellungen des Statistischen Landesamtes in den Jahren 1913 bis 1919:

Im Jahre	Überhaupt	Auf 10 000 Einw.[1])	Beim männlichen Geschlecht	Auf 10 000 Einw.[1])	Beim weiblichen Geschlecht	Auf 10 000 Einw.[1])	In der Stadt	Auf 10 000 Einw.[1])	Auf dem Lande	Auf 10 000 Einw.[1])
1913	10 383	14,7	5330	15,4	5053	14,1	3316	17,0	7067	13,8
1914	10 339	14,5	5318	15,2	5021	13,8	3285	16,6	7054	13,7
1915	10 786	15,1	5659	16,3	5127	14,0	3514	17,8	7272	14,1
1916	11 681	16,4	5896	17,1	5785	15,8	3937	20,0	7744	15,0
1917	12 154	17,2	6008	17,6	6146	16,8	4206	21,5	7948	15,5
1918	12 564	17,9	6121	18,1	6443	17,7	4388	22,6	8176	16,1
1919	11 087	15,8	5285	15,7	5802	15,9	3937	20,3	7150	14,1

[1]) Mittlere Bevölkerung der einzelnen Jahre.

Hiernach erreichte die Sterblichkeit an Lungentuberkulose im Jahre 1914 ihren tiefsten Stand als Erfolg der systematischen Bekämpfungsmaßnahmen. Seitdem ist aber ein stetes Steigen der Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern, von 1916 an hauptsächlich beim weiblichen Geschlecht bis zum Jahre 1918 zu beobachten. Diese Zunahme zeigt sich weit mehr in der Stadt als auf dem Lande. Es handelt sich eben um Folgen der mangelhaften Kriegsernährung, unter der zugleich erhöhte Leistungen und Anstrengungen während des Krieges zu vollbringen waren und unter der gerade die weiblichen Arbeitskräfte zu leiden hatten. Im Jahre 1919 ging zwar die Sterblichkeit an Lungentuberkulose etwas zurück; doch kommt hierbei im wesentlichen nur die Wirkung zum Ausdruck, die die während des Krieges gestiegene Sterblichkeit an Lungentuberkulose auf die schwer Tuberkulosekranken als eine Art Auslese geübt hat. Die Sterblichkeitsziffer tritt bei einigen Altersklassen besonders stark in Erscheinung. So betrug die Sterblichkeitsziffer an Lungentuberkulose:

	1919	1914
Im Säuglingsalter	14,9	10,0
„ Kleinkindesalter	3,7	2,7
„ Alter von 15—20 Jahren . . .	14,8	13,4
„ „ „ 20—25 „ . . .	21,4	19,9
„ „ „ 25—30 „ . . .	24,4	22,1

In deutschen Städten mit 15 000 und mehr Einwohnern starben auf 10 000 Einwohner an Tuberkulose: 1913 15,7, 1916 18,0, 1917 25,2, 1918 28,7, 1919 27,1.

Der Bericht über das Geschäftsjahr 1919 der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin weist darauf hin, daß die Todesfälle infolge Erkrankungen an den Atmungsorganen, insbesondere an Tuberkulose, im Jahre 1919 gegenüber 1918 etwas nachgelassen haben, aber immer noch weit über den Durchschnitt hinausragen. Diese Krankheiten waren als Todesursache angegeben bei:

908 = 32,77 Proz. der gestorbenen Männer gegen 36,91 Proz. 1918
696 = 31,82 „ „ „ Frauen „ 35,40 „ 1918.

Hiervon waren:

102 = 11,23 Proz. der Männer gegen 13,75 Proz. 1918
107 = 15,37 „ „ Frauen „ 16,77 „ 1918

bis zu 20 Jahren alt und

274 = 30,18 Proz. der Männer gegen 32,07 Proz. 1918
304 = 43,68 „ „ Frauen „ 52,59 „ 1918

bis zu 30 Jahren alt.

Es wiederholt sich auch hier die Wahrnehmung, daß die Tuberkulose die größte Zahl ihrer Opfer aus den Altersstufen fordert,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in welchen mit der größten Tat- und Leistungskraft gerechnet werden muß.

Auf die Mitglieder über 50 Jahre entfallen:

Todesfälle 316 = 34,80 Proz. der an Erkrankungen der Atmungsorgane gestorbenen Männer gegen 37,11 Proz. 1918,

Todesfälle 158 = 22,70 Proz. der an Erkrankungen der Atmungsorgane gestorbenen Frauen gegen 16,56 Proz. 1918.

Hier ist der Rückgang bei den Männern nur gering, bei den Frauen sogar prozentual eine Zunahme zu verzeichnen.

An Tuberkulose starben:

Männer	307	= 0,16	Proz.	1919	gegen	0,20	Proz. 1918
Frauen	275	= 0,09	„	1919	„	0,10	„ 1918
Insgesamt . .	582	= 0,12	Proz.	1919	gegen	0,13	Proz. 1918

An Erkrankungen der Atmungsorgane starben:

Männer	631	= 0,32	Proz.	1919	gegen	0,66	Proz. 1918
Frauen	453	= 0,15	„	1919	„	0,26	„ 1918
Insgesamt . .	1084	= 0,22	Proz.	1919	gegen	0,37	Proz. 1918

Über die starke Zunahme der Kindertuberkulose ist nach Daten aus der Heidelberger Universitätskinderklinik schon in unserer Chronik im Januar d. J. berichtet worden. In Berlin sind (nach Dr. Betke in der „Soz. Praxis“ 1921, Nr. 4) von 485 000 Kindern 129 000 tuberkulosekrank, 77 000 krank und stark unterernährt, 120 000 unterernährt — also Tuberkulosekandidaten.

Auf dem 33. Kongreß für innere Medizin (April 1921) in Wiesbaden stand die Tuberkulosefrage zur Debatte und wurde nach allen Seiten (klinisch und prophylaktisch) besprochen. Mit Rücksicht auf die noch nicht durchschlagenden klinischen Erfolge mit innertherapeutischen oder chirurgischen, chemotherapeutischen, oder physikalisch-diätetischen Mitteln wurde wiederum der große Wert der sozialhygienischen Maßnahmen festgestellt. Auf dem Tuberkulosekongreß (Mai 1921) in Bad Elster wurden die Themata „Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose“, „Kindertuberkulose“ und „Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose“ behandelt. Es wurden dort u. a. die Fürsorgemaßnahmen und die soziale Verknüpfung von Ursache und Wirkung eingehend besprochen. Ein Reichstuberkulosegesetz wurde auch hier gefordert. Die besondere Berufsfürsorge der Tuberkulose wurde im wesentlichen für durchführbar erklärt.

Von den Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose sei zunächst folgendes genannt: Ein Erlaß des Preuß. Wohlfahrtsministers vom 8. Juni 1920, betr. Bereitstellung von Mitteln aus den Erträgnissen des Branntweinmonopols zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten. Dieser Erlaß lautet in seinen Hauptstücken wie folgt:

„Von den nach § 258, Ziffer 1 des Branntweinmonopolgesetzes vom 26. Juli 1918 zur Bekämpfung des Alkoholismus verfügbaren Mitteln sollen in Anbetracht des gegenwärtigen Notstandes auf dem Gebiete der Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten und der starken Zusammenhänge dieser Krankheiten mit dem Alkoholmißbrauch zunächst 500 000 M., und zwar zu gleichen Teilen für die Bekämpfung dieser beiden Volksseuchen verwendet werden. Hiervon sind nach den im Reichsministerium des Innern aufgestellten Richtlinien auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung zur Förderung des Fürsorgestellenwesens, für Kurbeihilfen unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Mittelstandsangehörigen, zur Förderung der Aufklärung durch die Schule, zur Bekämpfung des Lupus und zur Beschaffung von Anschauungsmaterial für Vorträge und Kurse über Tuberkulose zusammen 200 000 M. und zur Förderung der Aufklärung der Bevölkerung über die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gefahren, die Verhütung und Heilung der Geschlechtskrankheiten 150 000 M. bestimmt: der Rest für ärztliche Fortbildungszwecke auf den genannten Gebieten und für wissenschaftliche Untersuchungen."

Ein weiterer Erlaß des Preuß. Wohlfahrtsministers vom 4. Februar 1921 betrifft den Ausbau der Tuberkulosefürsorge. Dieser lautet im wesentlichen folgendermaßen:

„Aus den auf den Erlaß vom 16. Februar 1920 eingereichten Berichten habe ich ersehen, daß in den meisten Regierungsbezirken trotz der gegenwärtigen ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse Erfreuliches im Kampfe gegen die Tuberkulose geleistet worden ist, daß aber andererseits in einigen Bezirken bisher wenig in dieser Beziehung erreicht und daß insbesondere auf die Vermehrung und den Ausbau von Wohlfahrtsämtern in den Kreisen als kommunaler Einrichtungen noch nicht in genügender Weise Bedacht genommen worden ist. Da das Haushaltsjahr einiger Wohlfahrtsämter, wie ich aus den Berichten ersehen habe, am 31. März abläuft, will ich den diesjährigen und allen weiteren Jahresberichten nicht schon zum 1. April, sondern erst zum 1. Juli eines jeden Jahres entgegensehen. Die Berichte haben sich auf die in der Zeit vom 1. April 1920 bis 31. März 1921 gemachten Fortschritte auf folgenden Gebieten zu erstrecken: 1. Organisationen von Einrichtungen ambulanter Behandlung chirurgischer Tuberkulöser mittels Ernährungstherapie und Licht auf Grund der von Bier und Kisch gesammelten Erfahrungen. 2. Wohnungsfürsorge, Untersuchung, Überwachung und vorbeugende Behandlung aller Familienmitglieder von Erkrankten in ihren Wohnungen oder in der Fürsorgestelle, Obhut der in Heilstätten aufzunehmenden Kranken während der Wartezeit und Betreuung der aus den Heilstätten und Krankenhäusern Entlassenen in Verbindung mit Arbeitsnachweisen für sie. 3. Fortführung der bestehenden Einrichtungen. 4. Beobachtungen über Tuberkulose der Kleinkinder und Maßnahmen zu deren Bekämpfung.

Im Anschluß hieran sei ein Überblick über die Fürsorge für Lungenkranke im Jahre 1919 gegeben auf Grund des Berichtes des Zentralkomitees der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, Alkoholkranke und Krebskranke in Berlin und den Vororten.

Danach standen hier in der Fürsorge für Lungenkranke im Jahre 1919 6082 Personen, darunter 1318 Männer, 2633 Frauen und 2121 Kinder. Unter den 3951 Erwachsenen waren folgende Berufe vertreten; 996 höhere, mittlere und untere Reichs-, Staats- und Gemeindebeamte und -angestellte, 820 selbständige Kaufleute, 539 kaufmännische, Bank- und Versicherungsangestellte, 504 Handwerksmeister, 91 Hausangestellte und Heimarbeiterinnen, 38 Schriftsteller und Künstler, 35 Ingenieure und Techniker, 1 Prediger, 1 Rechtsanwalt, 757 waren ohne Beruf (Witwen, über 14 Jahre alte Kinder, sonstige Ledige). 15 352 Wohnungsbesuche wurden von den Schwestern der Fürsorgestellen gemacht, in erster Linie, um die 506 ansteckenden Offentuberkulösen von den anderen Familienmitgliedern in der Wohnung abzusondern und die nötige hygienische Belehrung über die Behandlung des gefährlichen Auswurfs, der Leib- und Bettwäsche, des Eß- und Trinkgeschirrs usw. zu erteilen. Da die Absonderung zuweilen auf pekuniäre Schwierigkeiten stieß, wurden Mietszuschüsse in Höhe von 1112 M. sowie 17 Betten gewährt. Gelder zur häuslichen Pflege der Kranken wurden 11 735 M. gegeben. 324 Personen wurden in Heilstätten, 237 in Heimstätten, 197 in Walderholungsstätten, Landaufenthalte und Ferienkolonien, 61 in Krankenhäuser geschickt. Die für die Heil-, Heim- und Walderholungsstätten aufgewendeten Gelder beliefen sich auf insgesamt 210 813 M. Davon hat das Zentralkomitee aus seinen Mitteln nur 19 397 M. zahlen können, es hat von Behörden, anderen Vereinen usw. 102 457 M. beschafft, während die Patientinnen selbst 88 959 M. von den Kosten getragen haben. Aus Mangel an Mitteln konnte das Zentralkomitee manche Kuren nicht gewähren, andere nicht verlängern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus dem Jahresbericht des Frankfurter Vereins Tuberkulosefürsorge sei im Anschluß daran folgendes mitgeteilt: Die Zahlen, die der Verein gibt, sind erschreckend, wenn sie auch nicht so grell in die Erscheinung treten wie in anderen Großstädten, z. B. Dortmund, das auf seine 300 000 Einwohner 19 000 Tuberkuloseverdächtige zählt. Der Verein „erfaßt" die Fälle, mit denen er betraut wird, so z. B. die ihm von der Allgemeinen Ortskrankenkasse überwiesenen. (Es waren deren seit April 1919 674!) Der sogenannte Mittelstand ist nicht in seine Fürsorge eingeschlossen.

Die Zahlen des Vereins, der mit der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau, mit dem Wohlfahrtsamt, der Kriegsbeschädigten- und Flüchtlingsfürsorge, dem Hauspflegeverein und den praktischen Ärzten arbeitet, ergeben deshalb nur ein Teilbild. Der Verein verzeichnet 678 Todesfälle. Die Zahl der in Fürsorge befindlichen Kranken stieg um 2212 — das sind 44 Proz. — auf 7151. Unter diesen 2212 sind 1888 Personen an Lungentuberkulose, 114 an Drüsentuberkulose, 150 an Knochentuberkulose Erkrankte. Die unheimliche Ausbreitung der Krankheit hat den Verein zu stärkster Anspannung seiner Kräfte getrieben. Im städtischen Krankenhause wurde eine stark beanspruchte Beobachtungsabteilung eingerichtet, die allein dem Verein 591 neue Fälle zuführte. Die Diätküche erforderte 24 500 M. Zuschuß, für 249 Kranke trug der Verein die Heilstättenbehandlung, 15 120 M. leistete er an Mietzuschüssen, 34 414 M. für die Beschaffung von Wäsche, er gab ferner 33 936 M. an Barunterstützung, übernahm die Wäschedesinfektion usw.

(Schluß folgt in Heft 7.)

Besprechungen.

O. Peiper. Geburtenhäufigkeit, Säuglings- und Kindersterblichkeit und Säuglingsernährung im früheren Deutsch-Ostafrika. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, 11. Bd., 6. Heft. 44 S. Berlin, R. Schötz, 1920. 5 M.

Peiper hat sein Material aus den Statistiken der Sanitätsdienststellen und denen der Missionsanstalten zusammengestellt und mit Äußerungen von Ärzten und Missionaren belegt. Das Ergebnis ist: „Die Säuglings- und Kindersterblichkeit bei den Eingeborenen Deutsch-Ostafrikas ist infolge falscher Ernährung außerordentlich groß, durch praktische Maßnahmen kann sie erfahrungsgemäß erheblich herabgesetzt werden."

Hage (Jena).

O. Peiper. Der Bevölkerungsrückgang in den tropischen Kolonien Afrikas und der Südsee — seine Ursachen und seine Bekämpfung. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, 11. Bd., 7. Heft. 96 S. Berlin, R. Schötz, 1920. 10 M.

Peiper sieht die Ursachen des Bevölkerungsrückganges der Naturvölker in ihrem Charakter (Trägheit, Indolenz, Resignation z. B. gegen Seuchen) und dem, was er unter „Unhygiene" zusammenfaßt. Hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit, der auch die kräftigen Kinder erliegen, wird bedingt durch das Wanderleben, Herumschleppen der Kinder, frühzeitige Arbeit der Mutter nach der Geburt, fehlenden Schwangeren- und Mutterschutz, ungeeignete Ernährung neben und nach der Muttermilch, unregelmäßige Ernährung, schlechte oder fehlende Wartung der Kinder, schlechte Ernährung und Behandlung der Weiber, frühzeitigen Geschlechtsverkehr, Unfruchtbarkeit der Weiber durch selbstgewollten und immer mehr um sich greifenden künstlichen Abort. Polygamie und Prostitution herrschen überall. Ausführlich geht Peiper auf die Schädigungen durch die Behausungen, Ernährung, Bekleidung, Alkohol und geschlechtlichen Verhältnisse, Plantagen- und Eisenbahnbau, Trägerdienst, den Islam und der mit ihm verbundenen Sklaverei in Afrika ein. Unter den Maßnahmen zur Bekämpfung des Bevölkerungsrückganges stellt Peiper obenan „Ärzte als Verwaltungsbeamte" (in Togo schon mit Erfolg versucht. Ref.), weiter fordert er ausreichende Anstellung von Ärzten und ärztlichem Pflegepersonal, Seuchenbekämpfung, Erziehung der Eingeborenen zur Hygiene, Förderung der Eingeborenenkulturen, grundlegende Änderungen im Arbeiterwesen und Trägerdienst, Einführung von Mutter- und Kinderschutz, Kampf gegen Aberglauben, Islam und Sklaverei. Als Anhang gibt Peiper eine aus der Literatur zusammengestellte sehr beachtenswerte Beschreibung der Völker und Stämme des früheren Deutsch-Ostafrika, in der er die Stammesgewohnheiten als die einer Bevölkerungszunahme schädlichen Faktoren hervorhebt.

Hage (Jena).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mayerhofer und Pirquet. Lehrbuch der Volksernährung nach dem Pirquetschen System. Mit 32 Abbild. im Text. Wien und Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1920. 30 M., geb. 40 M.

Das Buch gibt praktische Ratschläge und theoretische Rechnungsweisen zur Volksernährung. Im ersten Kapitel gibt Mayerhofer auf 116 Seiten einen Überblick über die Ernährungskunde mit besonderer Berücksichtigung der Nahrungsmittelkunde, ferner eine kurze Übersicht über die Physiologie der Ernährung. — Ersteres Kapitel ist zur Einführung für Anfänger im ganzen wohl geeignet, wenigstens vom Standpunkte des Nahrungsmittelchemikers aus; dagegen fehlt die Besprechung der wichtigen bakteriellen Schädigungen; Fleisch- und Wurstvergiftung sind kaum mit einem Worte erwähnt, ihre Verhütung gar nicht. Die folgenden Abschnitte besprechen die Grundzüge des Pirquetschen Nemsystems; auch diese Darstellung kann nicht von der Notwendigkeit der Einführung der neuen Begriffe überzeugen. Eine größere Bedeutung könnte wohl die Berechnung des Nahrungsbedarfes erhalten. Hervorgehoben seien noch die Kapitel über technische Einrichtungen der Großküchen, Grundsätze der Kochkunst und Organisation von Massenspeisungen, denen man gern eine größere Ausdehnung wünschen möchte. Auch aus den übrigen Teilen des Buches wird man vieles mit Nutzen entnehmen. Kisskalt (Kiel).

Prof. Dr. Georg Jürgens. Infektionskrankheiten. Fachbücher für Ärzte, Bd. 6. 341 S., 112 Kurven. Berlin, J. Springer, 1920. Geb. 26 M.

Ein eigenartiges Buch! Augenscheinlich hat es die Absicht, von epidemiologischen und klinischen Gesichtspunkten ausgehend die Ärzte über die ihnen beim Vorkommen von Infektionskrankheiten im Interesse der Allgemeinheit obliegenden Pflichten zu belehren. Ob es diesen Zweck freilich erreicht, bleibt recht bedenklich, wenn man sieht, wie jede Gelegenheit benutzt wird, um dem Arzt Zweifel an der Zweckmäßigkeit der staatlichen Bekämpfungsmaßnahmen der Infektionskrankheiten einzuflößen, — man vergleiche beispielsweise die Abschnitte Typhus und Diphtherie. Gelegentlich zeigt sich der Verf. sogar über die staatlichen Anordnungen schlecht unterrichtet, so wenn er (S. 23) behauptet, „sechs lange Schnitte" würden bei der Pockenschutzimpfung erfordert.

Es ist hinlänglich bekannt, daß alles staatliche Vorgehen gegen die Infektionskrankheiten sich wesentlich auf die Mitarbeit der praktischen Ärzte stützt und dieser weder entraten will noch kann. Ob das Jürgenssche Buch, mag es auch dem besten Willen entsprungen sein, die Ärzte nicht vielmehr allen amtlichen Bekämpfungsmaßregeln gegenüber kritisch und ablehnend stimmt, als sie zu freudiger Mitwirkung anzufeuern, ist Ref. sehr zweifelhaft.

Man kann sich des Eindruckes einer gewissen gesuchten Originalität bei dem Studium des Buches nicht entschlagen. Schon die Einteilung des Stoffes ist seltsam, die Erledigung der Tuberkulose auf 6½ Seiten gegen z. B. 18 Seiten für die Behandlung der Masern oder reichlich 10 Seiten für den Keuchhusten wunderlich.

Druck und Ausstattung des Buches sind vorzüglich. Abel.

O. Spitta. Grundriß der Hygiene. 534 S., 197 zum Teil farbige Abbildungen. Berlin, J. Springer, 1920. 36 M., geb. 42,80 M.

Das Spittasche Lehrbuch zeichnet sich gegenüber anderen durch besondere Anordnung des Stoffes aus. Der Verf. geht von dem treffenden Gedanken aus, daß Hygiene zum großen Teil angewandte Physiologie und Pathologie ist. Daher ordnet er den Stoff nach physiologischen Gesichtspunkten und berücksichtigt, wo es angeht, vor den schädlichen Einwirkungen zunächst erst die normalen Einflüsse der Umwelt auf den Menschen. Es entsteht so eine gewiß ungewohnte Reihenfolge der Darstellungen, so wenn z. B. Atmosphäre, Heizung, Klima, Kleidung in einem Abschnitt, Gaswechsel und Wärmehaushalt zusammengefaßt werden, oder die Beleuchtung unter der Hygiene der Sinnesorgane erscheint. Aber die Hauptsache bleibt doch der Inhalt des Gegebenen, und dieser ist, entsprechend der vielseitigen hygienischen Bildung des Verf., selbstverständlich ausgezeichnet. Die gesetzlichen und behördlichen Vorschriften sind für die allgemeine Praxis genügend ausführlich berücksichtigt, die Untersuchungsmethoden in ziemlicher Kürze. Die Ausstattung des Buches ist in Papier, Druck und Abbildungen für heutige Zeiten vortrefflich. Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SEP 15 1921
Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. Dr. R. Abel
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 7
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des siebenten Heftes.

Seite

Die systematische Bekämpfung der Diphtherie in den großen Gemeinwesen. [Aus dem Medizinalamt der Stadt Berlin. (Hygienisch-bakteriologische Abteilung.)] Von Dr. Fritz v. Gutfeld, Bakteriologe am Medizinalamt 217

Die Studentenwohnungen zu Kiel im Sommersemester 1920. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Kiel. Direktor: Prof. Dr. Kisskalt.] Von Otto Cornils, Medizinalpraktikant 237

Chronik der Sozialen Hygiene. Von Dr. Alexander Elster, Berlin . 245

Besprechungen:

Karl Kindermann (Hohenheim-Stuttgart): Die soziale Schöpferkraft im Aufbau Deutschlands und des Völkerlebens. (Dresel-Heidelberg). 251

E. Friedberger: Zur Entwickelung der Hygiene im Weltkriege. (Dresel-Heidelberg) 252

Erwin Loewy-Hattendorf: Krieg, Revolution und Unfallneurosen. (Dresel-Heidelberg) 252

W. Hanauer: Die sozialhygienischen Leistungen der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung im Kriege und ihre Zukunftsaufgaben. (Dresel-Heidelberg) 252

A. Blaschko: Hygiene der Geschlechtskrankheiten. (Abel) . . . 252

A. Gottstein und G. Tugendreich: Sozialärztliches Praktikum. (Abel) 252

Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen für Ärzte, Schwestern und für die Familie. (Merkel) 252

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege

1921. Heft 7.

[Aus dem Medizinalamt der Stadt Berlin.
(Hygienisch-bakteriologische Abteilung.)]

Die systematische Bekämpfung der Diphtherie in den großen Gemeinwesen.

Von Dr. Fritz v. Gutfeld, Bakteriologe am Medizinalamt.

Die Diphtherie ist eine Infektionskrankheit. Daß eine systematische Bekämpfung einer Infektionskrankheit einen vollen Erfolg, nämlich die Ausrottung der Seuche, erzielen kann, ist aus dem Beispiel der Pocken zu ersehen. Trotzdem bis zum heutigen Tage der Pockenerreger nicht bekannt ist, ist es gelungen, mit Hilfe der systematischen Bekämpfung die Blattern in denjenigen Ländern, die den Impfzwang eingeführt haben, zu einer praktisch unbekannten Krankheit zu machen. Man könnte also annehmen, daß es auch bei anderen Infektionskrankheiten Mittel und Wege zu ihrer völligen Ausrottung geben müßte. Diesen Gedanken, von dessen Erfüllung wir noch ziemlich weit entfernt sind, spricht v. Behring[1]) in folgenden Worten aus: „Man müßte darauf ausgehen, die Diphtherie, die nicht immer eine endemische Krankheit in europäischen Ländern war, wieder zu einer exotischen Seuche zu machen, wie die Pocken, nachdem sie jahrhundertelang in Mitteleuropa geherrscht hatten, wieder eine exotische Krankheit für uns geworden sind.“ Im folgenden soll nun untersucht werden, welche Mittel uns zurzeit im Kampf gegen die Diphtherie zu Gebote stehen, was sie leisten, und in welcher Weise etwaige Änderungen zweckmäßig erscheinen.

Es handelt sich darum, die Krankheit zu erkennen und ihre Verbreitung zu verhüten.

Der Erreger der Diphtherie ist der Diphtheriebazillus. Seine bloße Anwesenheit im menschlichen Körper genügt aber noch nicht, um in jedem Falle die Erkrankung hervorzurufen. Anders ausgedrückt bedeutet das: 1. Ohne Diphtheriebazillen keine echte Diphtherieerkrankung; 2. trotz Vorhandenseins echter Diphtheriebazillen braucht es nicht zur Erkrankung zu kommen. In dem Augenblick, in dem es gelänge, die Diphtheriebazillen, wo auch immer sie sich finden, mit Sicherheit zu vernichten, könnte die Seuche zum Erlöschen gebracht werden.

Der Diphtheriebazillus.

Der Diphtheriebazillus findet sich bei sachgemäßer Untersuchungstechnik in 98 Proz.[2]) aller Diphtheriefälle. Bei Tieren kommen Erkrankungen an Diphtherie nicht vor; es gelingt zwar eine Infektion mit einem zwar typischen, aber von der menschlichen Diphtherie vollkommen verschiedenen Krankheitsbild, das man bei geeigneten Versuchstieren erzeugen kann.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weder die sogenannte Geflügeldiphtherie noch die diphtherieähnlichen Erkrankungen von Kälbern, Katzen usw. sind mit der beim Menschen vorkommenden Krankheit identisch. Der Löfflersche Bazillus ist ein obligater Parasit des Menschen. — In der unbelebten Natur findet der Diphtheriebazillus keine Existenzmöglichkeit; er wird nur an solchen Gegenständen gefunden, die von kranken Menschen infiziert worden sind.

Über die Lebensdauer der Bazillen in Kulturen und auf infizierten Gegenständen und die Möglichkeit der Abtötung durch verschiedenartige Eingriffe liegen zahlreiche Mitteilungen vor.

Ausgehustete Diphtheriemembranen enthalten, wenn sie sich in dunklen und dumpfen Wohnräumen befinden, noch nach Wochen virulente Bazillen[3]). Nach Flatten[4]) hat man lebensfähige Diphtheriebazillen in dunklen Zimmern noch nach 527 Tagen, im Urin (d'Espine und Marignac) noch nach 14 Tagen, in Eismilch noch nach 46 Tagen gefunden. In Milch kann es sogar zur Vermehrung ohne Gerinnung und ohne Virulenzverlust kommen. — R. Koch[5]) untersuchte 111 Urinproben von 26 Diphtheriekranken und fand viermal tierpathogene Löfflerbazillen. — Wissenschaftlich von Bedeutung ist es, daß Frosch[6]) Diphtheriebazillen im Blut nachweisen konnte. Neisser und Gins[7]) geben an, daß Diphtheriebazillen auf Löfflerserum bei Temperaturen zwischen 20 und 41° wachsen, also auf diesem Nährboden nicht sehr temperaturempfindlich sind. Im Sonnenlicht und im schwebenden Luftstaub sterben die Keime bald ab. In Membranen eingeschlossene Keime können eine Temperatur von 98° eine Stunde lang vertragen, während sie in Milch schon bei 60° nach 15 Minuten absterben. Die Haltbarkeit der Bazillen ist also offenbar in hohem Grade von dem Substrat, auf dem sie sich befinden, abhängig. Man hat sogar Bazillen, die tagelang der Temperatur der flüssigen Luft ausgesetzt waren (— 190°), noch weiterzüchten können. Es erscheint daher nicht angängig, von einer besonderen Kälteempfindlichkeit der Diphtheriebazillen zu sprechen, wie v. Behring[1]) annahm. — Chemischen Desinfektionsmitteln gegenüber sind die Keime nicht besonders resistent, was für die laufende Desinfektion am Krankenbett von Bedeutung ist.

Die Verbreitung der Diphtherie geschieht in allererster Linie von Mensch zu Mensch. Andere Übertragungsarten spielen eine weit geringere Rolle. Man unterscheidet zweckmäßig[2]): 1. Kontaktinfektion; direkt z. B. durch Küssen, indirekt durch Eßgeschirr; 2. Tröpfcheninfektion (nur in geschlossenen Räumen, nicht unter freiem Himmel); 3. Staubinfektion kommt selten in Betracht, da Diphtheriebazillen Austrocknung schlecht vertragen; 4. Nahrungsmittelinfektion (Milch).

Vorkommen und Auffindung des Diphtheriebazillus.

Bei weitem am häufigsten trifft man die Bazillen am Ort der lokalen Krankheitserscheinungen, d. h. also in Reihenfolge der Häufigkeit: Rachen, Nase, dann in weitem Abstand Haut, Wunden, Abszesse und Genitalien. Daß auch im Harn Diphtheriekranker echte Bazillen gefunden wurden, ist bereits oben erwähnt [R. Koch[5])], auch Beyer[8]) und Freifeldt[9]) sowie Conradi und Bierast[10]) teilen solche Befunde mit.

Die Auffindung des Diphtheriebazillus kann nur auf bakteriologischem Wege geschehen. Die klinische Diagnose Diphtherie stellt der Arzt; die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wissenschaftliche Begründung, welche für die systematische Bekämpfung ein unerläßliches Erfordernis darstellt, kann nur auf bakteriologischem Wege erfolgen. Die Feststellung der Diphtherie setzt sich also aus folgenden Phasen zusammen: Klinische Diagnose durch den Arzt, Materialentnahme vom lokalen Krankheitsherd, Einsendung des Materials an die Untersuchungsstelle, Verarbeitung des Materials zu Kulturen, mehrstündige Bebrütung der Platten, Anfertigung der Kulturpräparate, Diagnosestellung durch den Bakteriologen, Übermittelung des Resultats an den einsendenden Arzt. Bei dieser Vielheit der Faktoren, die zur Stellung der bakteriologischen Diagnose notwendig sind, erscheint zunächst die Forderung v. Behrings[11]), die er im Jahre 1901 aussprach, gerechtfertigt. In Anerkennung des Wertes von Zentralinstituten für die Statistik glaubte er trotzdem die Stellung der bakteriologischen Diphtheriediagnose für praktische Zwecke von dem behandelnden Arzt selbst fordern zu sollen.

Es würden dann natürlich klinische Diagnose, Materialentnahme und Laboratoriumsarbeit in einer Hand vereinigt sein und Materialeinsendung und Übermittelung des Resultates fortfallen. Man muß zwar anerkennen, daß durch die Versendung des Materials durch Post oder Boten Zeit und sogar das Material selbst verloren gehen kann (dasselbe gilt auch für die briefliche Übermittelung des Ergebnisses), aber es erscheint doch nicht angängig, die Laboratoriumsarbeit dem praktischen Arzt zuzumuten, schon allein, weil er, worauf v. Behring keine Rücksicht nimmt, gar keine Zeit dazu haben wird, abgesehen von der Notwendigkeit, dauernd eine Laboratoriumseinrichtung und Nährböden in Arbeitsbereitschaft zu halten.

Die bakteriologische Erkennung der Diphtherie soll in der Regel nur zentralen Instituten überlassen werden. Die klinische Diagnose liegt natürlich zum Teil in dem subjektiven Ermessen und Empfinden des Arztes. Während in epidemiefreien Zeiten wohl nur ziemlich ausgeprägte klinische Symptome den mehr oder minder an Gewißheit grenzenden Verdacht auf Diphtherie aufkommen lassen werden, wird in Epidemiezeiten viel häufiger auch bei gewöhnlichen Halsentzündungen Material entnommen werden. Es sei hier die Forderung ausgesprochen, möglichst in jedem Falle, in dem es sich um Diphtherie handeln könnte, also auch bei gewöhnlichen Halsentzündungen und in Fällen von Schnupfen bei Säuglingen eine bakteriologische Untersuchung anstellen zu lassen. Und ferner kann gar nicht oft genug betont werden, daß es nicht angängig ist, bei klinischem Verdacht auf den Befund des Bakteriologen zu warten, bis therapeutische, hygienische und sanitätspolizeiliche Maßregeln ergriffen werden. Vorbedingung ist, daß Entnahmegefäße mit Begleitzettel in jeder Apotheke zu haben sind, und daß die Beförderung zur Untersuchungsstelle und die Mitteilung des Ergebnisses auf schnellstem Wege vor sich gehen. Ferner müssen Entnahmegefäße, Versendung und Untersuchung kostenlos sein.

In Preußen[3]) bestehen seit dem 1. April 1907 elf staatliche Medizinaluntersuchungsämter und zwei staatliche Medizinaluntersuchungsstellen, außerdem die hygienischen Institute in Beuthen, Posen, Saarbrücken und einige städtische Untersuchungsanstalten. Die Untersuchungskosten trägt im wesentlichen der Staat; Entnahmegefäße sind in den Apotheken unentgeltlich zu haben. Die Einsendung und Übermittelung des Resultates ist portofrei. Es erwachsen also aus der bakteriologischen Diphtherie-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

untersuchung dem Kranken keinerlei Kosten. Wenn man mit Kirchner[3]) der Ansicht ist, daß es keine wirtschaftlichere Kapitalsanlage gibt als für Aufwendung zur Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, so muß man zugeben, daß die Tragung der Kosten für bakteriologische Diphtheriediagnostik durch den Staat und die Gemeinden durchaus zweckmäßig ist.

Aus der Laboratoriumstechnik seien nur einige wesentlich erscheinende Punkte erwähnt. Sie betreffen die Art der Materialverarbeitung im Medizinalamt der Stadt Berlin. Jede eingehende Probe wird sofort in Angriff genommen, auf genaue Buchführung wird besonders Gewicht gelegt. Die Wattebäusche werden auf Serum ausgestrichen; von frischen (d. h. bis zu vier Tage alten) Fällen*) werden je zwei Originalpräparate angefertigt. Ein Präparat wird mit Methylenblau gefärbt zur Erkennung der Erreger der Plaut-Vincentschen Angina, das andere Präparat wird nach Neisser gefärbt zur Untersuchung auf Diphtheriebazillen. Bei für Diphtherie positivem Originalbefund wird der Arzt umgehend telephonisch und schriftlich benachrichtigt. Andernfalls geschieht die Benachrichtigung nach 24 Stunden, wenn das Kulturpräparat durchmustert worden ist. In jedem Falle erfolgt telephonische und schriftliche Benachrichtigung. Die telephonische Übermittelung kommt hauptsächlich für große Gemeinwesen in Betracht. Aus der Notwendigkeit des Zusammenwirkens so vieler Faktoren, klinische Diagnose, Art der Materialentnahme, Zeit bis zum Eintreffen an der Untersuchungsstelle, Vollkommenheit der bakteriologischen Technik, folgt, daß die Anzahl der positiven Resultate schwankend sein muß. Van Riemsdyk[12]) berechnet einen Durchschnitt von 80 Proz.

Außer der morphologischen Diagnose ist es in manchen Fällen von Wichtigkeit, auch die pathogenen Eigenschaften der Diphtheriebazillen — ihre Virulenz — festzustellen. Namentlich bei Dauerausscheidern und Bazillenträgern ist es häufig von epidemiologischem Wert, zu wissen, ob die von ihnen beherbergten Bazillen Toxine produzieren oder nicht. Diese Untersuchung wird gewöhnlich „Virulenzprüfung" genannt; richtiger sollte man von „Tierpathogenität" sprechen. Obgleich man nicht ohne weiteres die Pathogenität für Tiere — Meerschweinchen — mit derjenigen für den Menschen in Parallele setzen darf, kann man doch aus der Wirksamkeit des Antitoxins an der Kontrollimpfstelle schließen, daß die etwaigen krankhaften Erscheinungen am Tierkörper durch Toxine bedingt sind, welche auch im menschlichen Körper Schädigungen werden hervorrufen können. Wir bedienen uns am Medizinalamt der Stadt Berlin der Römerschen Intrakutanmethode, bei der wir einem Meerschweinchen zwei verschieden starke Aufschwemmungen der von dem betreffenden Falle reingezüchteten Diphtheriebazillen, und an einer dritten Stelle ein Gemisch der stärkeren Aufschwemmung mit Antitoxin intrakutan injizieren. Treten an einer der ersten beiden Stellen Nekrosen auf, an der Kontrollstelle nicht, so erklären wir den Stamm für virulent, da hierdurch erwiesen ist, daß der betreffende Stamm das Tier krank macht (Nekrose), und daß diese Wirkung durch Diphtherieantitoxin aufgehoben wird, also durch Diphtherietoxin bedingt ist.

*) Das Alter der Fälle ist aus dem Begleitzettel zu ersehen; falls diese Rubrik nicht ausgefüllt ist, werden ebenfalls Originalpräparate angefertigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Meldepflicht.

Einen wesentlichen Punkt in der systematischen Diphtheriebekämpfung stellt die Meldepflicht dar. Nach dem Gesetz[13]) betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an Diphtherie innerhalb 24 Stunden anzuzeigen. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich auf besonderen, von der Polizeibehörde unentgeltlich zu verabfolgenden und frei zu befördernden Meldekarten mit Vordruck erstattet werden. Die Anzeige gelangt in den meisten Bundesstaaten an die Polizei[14]), in manchen auch direkt an den beamteten Arzt. Die Anzeige ist der erste Schritt zur Ermittelung und Einleitung weiterer hygienischer Maßnahmen. Es erscheint erstrebenswert und wird auch von manchen Autoren gefordert, die Anzeigepflicht für Diphtherie dahin zu verschärfen, daß auch der Verdacht meldepflichtig ist, und daß die Meldung sofort erstattet werden muß. Sehr zweckmäßig wäre auch ein Vermerk über die etwa vorhandene Pflege[15]). Ein Vordruck, ob Krankenhausaufnahme stattgefunden hat, bzw. ob ausreichende Absonderung im Hause möglich ist, befindet sich neuerdings auf den Meldekarten. — Eine Honorierung der Meldung, wie sie in England üblich ist und sich bewährt hat, würde wohl dazu beitragen, die Meldefreudigkeit der Ärzte zu erhöhen; die Kosten müßte die Polizeibehörde bzw. der Staat tragen. Die Anzeige zieht Ermittelungen, Schlußdesinfektion und gegebenenfalls sanitätspolizeiliche Maßnahmen, die mitunter eine Belästigung oder Erwerbsbeeinträchtigung der Kranken und ihrer Umgebung darstellen, nach sich. Da die Meldung aus diesen Gründen häufig verabsäumt wird, und die Vernachlässigung indirekt dem Weitergreifen der Seuche Vorschub leistet, ist natürlich jedes Mittel, das mit Sicherheit ein häufigeres Melden veranlaßt, mit Freuden zu begrüßen. Geeignet scheint hierzu auch die immer erneute Belehrung der Ärzte und des Publikums über die Wichtigkeit der Meldungen zum Schutz der Allgemeinheit.

Da die Meldung den Zweck hat, die Ermittelung einzuleiten, muß sie so schnell wie möglich an diejenige Stelle, die diese Ermittelungen vorzunehmen hat, gelangen. Daher erscheint es als ein Umweg, wenn die Meldung über die Polizeibehörde an den beamteten Arzt geht.

In Berlin, wo wir die Ermittelungen vom Medizinalamt aus durch besonders ausgebildete Diphtheriefürsorgeschwestern vornehmen lassen, gelangen die Meldungen von der Polizei an das Medizinalamt. Seligmann[16]) verlangt mit Recht direkte Meldungen an das Medizinalamt. — Eine eigentümliche unfreiwillige Art der Meldung ist in letzter Zeit am Berliner Medizinalamt eingeführt worden. Die Zentralstelle für Krankenernährung der Stadt Berlin, an die alle Gesuche um Gewährung von Nährmitteln für Kranke in Form ärztlicher Atteste eingereicht werden müssen, stellt dem Medizinalamt täglich eine Liste zur Verfügung, auf der diejenigen Fälle vermerkt sind, bei denen ein Arzt wegen Diphtherie Milch verordnet hat. Diese Liste wird kurz „Milchliste“ genannt. Bei den daraufhin angestellten Ermittelungen zeigt es sich gar nicht so selten, daß der Krankheitsfall als solcher nicht angezeigt worden ist. Es scheint diese Art der Kontrolle wenigstens eines Teiles der Meldungen — nicht in jedem Diphtheriefall wird Milch verordnet — für die Seuchenbekämpfung, die doch möglichst

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jeden Fall aufspüren soll, recht wirksam zu sein. Nebenbei mag erwähnt werden, daß die Milchgewährung von dem Resultat der Ermittelung unabhängig ist.

Ärztliche Versorgung.

Da die Diphtherieerkrankung durch die Toxine des Löfflerbazillus erzeugt wird, sollte es eigentlich keinem Zweifel unterliegen, daß dem Toxin ein Antitoxin gegenübergestellt werden muß. Zweifellos gibt es Fälle, in denen die Giftproduktion der Erreger eine so schwache oder die natürlichen bzw. durch die Infektion geweckten oder vermehrten Abwehrkräfte des Körpers so starke sind, daß die Heilung ohne weiteres eintreten kann. Es soll auch nicht geleugnet werden, daß die Möglichkeit besteht, diese Fälle, besonders bei täglich mehrfacher Untersuchung, als der Serumbehandlung nicht bedürfend zu erkennen. In der Regel wird man aber doch zu dem bewährten antitoxischen Diphtherieheilserum zur Behandlung der Diphtheriekranken greifen. Die Versuche von Bingel[17]), Diphtheriekranke mit gewöhnlichem Pferdeserum zu spritzen, sind zwar theoretisch interessant, kommen aber, wie zahlreiche Autoren [Albrecht[18]), Birk[19]), Dorn[20]), Feer[21]), Herzfeld[22]), Ioannovics[23]), Karger[24]), Klotz[25])] dargetan haben, für eine Behandlung nicht in Frage.

Es ist wohl allgemein anerkannt, daß durch eine einmalige Einspritzung von Diphtherieheilserum eine Schädigung des Kranken nicht zu befürchten ist. Die Fälle von primärer Serumkrankheit spielen gegenüber dem Nutzen keine Rolle. Daß schwerste septische Diphtheriefälle auch durch das Serum nicht gerettet werden können, kann dem Wert des Serums nicht Abbruch tun.

Etwas schwieriger liegt die Frage, wenn eine Reinjektion nötig wird, bzw. wenn der Patient vor nicht zu langer Zeit Serum erhalten hatte. Hier spielt die Gefahr der Anaphylaxie, die durch das artfremde Serum, nicht durch das im Serum enthaltene Antitoxin, hervorgerufen werden kann und mitunter zu bedrohlichen Erscheinungen führt, eine größere Rolle. Der Gefahr der Anaphylaxie kann man auf folgende Arten entgehen. Für prophylaktische Einspritzungen gibt es antitoxisches Rinderserum. Benutzt man dies grundsätzlich zur Schutzimpfung, so kann man, falls der Geimpfte später erkrankt, zu Heilzwecken antitoxisches Pferdeserum verwenden. — Hat man nur vom Pferde gewonnenes Serum zur Verfügung, so läßt sich die Anaphylaxie durch fraktionierte Injektion vermeiden, indem man bei der nötig werdenden Reinjektion zunächst nur eine ganz geringe Menge (einige Zehntel Kubikzentimeter) und erst nach 2 bis 3 Stunden die Hauptmenge verabfolgt.

Wichtig ist eine möglichst frühzeitige Serumanwendung, am besten intravenös. Weniger wirksam ist die intramuskuläre, am schwächsten wirkt die subkutane Injektion. Die Stärke der zu verabfolgenden Dosis ist von der Schwere des Falles abhängig zu machen. — Es erscheint gezwungen, wenn man bei der Beurteilung der seit Einführung des Serums ständig sinkenden Letalität trotz in den letzten Jahren wachsender Morbidität an Diphtherie dem Serum jeglichen Einfluß auf diese Tatsachen absprechen will. Es steht fest, daß Serum in zahlreichen Fällen lebensrettend wirkt, und daß Schädigungen bei sachgemäßer Anwendung so gut

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie ausgeschlossen sind. Es dürfte demnach gerechtfertigt erscheinen, die Unterlassung der Serumverabfolgung in gewissen Fällen direkt als Kunstfehler zu beurteilen. Daß tatsächlich noch eine ganze Reihe von Ärzten vom Heilserum keinen Gebrauch machen, geht z. B. aus den Angaben Seligmanns für das Jahr 1916[26]) hervor. Unter den 8296 bearbeiteten Diphtheriefällen war 277mal, also in etwa 3,3 Proz., trotz ärztlicher Behandlung kein Serum gegeben worden. Aus diesen Zahlen ist nicht ersichtlich, weswegen von der Injektion Abstand genommen wurde; es ist ja möglich, daß diese Fälle sehr leicht waren. Es ist aber bekannt, daß beispielsweise Ärzte, welche auf dem Boden der physikalisch-diätetischen Heilmethode stehen, die Anwendung des Serums aus theoretischen Gründen perhorreszieren.

Ein Grund, weswegen in manchen Fällen von der Anwendung des Heilserums Abstand genommen wird, ist der hohe Preis. Es ist geradezu beschämend, eingestehen zu müssen, daß ein Mittel zur Erhaltung der Volksgesundheit nicht allen Menschen in gleicher Weise zugänglich gemacht werden kann, weil es zu teuer ist.

Die Forderung, auch die ärmere Bevölkerung mit Serum zu behandeln, ist denn auch von den verschiedensten Seiten erhoben worden; es seien nur Kruse[27]) und Abel[28]) genannt. In Berlin werden allerdings Schutzimpfungen der Umgebung von Minderbemittelten unentgeltlich, z. B. in den städtischen Krankenhäusern auf Kosten der Stadt ausgeführt. Es muß aber eine prinzipielle Regelung verlangt werden, und dazu kann in erster Linie die Erfüllung der Forderung Flattens[4]) beitragen, der eine Verstaatlichung der Serumfabrikation für erstrebenswert hält. In New York existiert sogar eine Tag und Nacht telephonisch erreichbare Diphtherie-Wachstation, die auf Anruf kostenfrei Ärzte mit Serum entsendet. Der Einwurf von Gettkant[29]), daß die unentgeltliche Serumabgabe dazu verleiten könnte, andere hygienische Maßnahmen zu vernachlässigen, erscheint nicht stichhaltig. Zur Vermeidung solcher Nachlässigkeiten dient die immer wieder zu erneuernde Aufklärung der Ärzte und des Publikums.

Aufklärung und Belehrung.

Die Belehrung des Publikums über ansteckende Krankheiten bildet einen Eckpfeiler der gesamten Seuchenbekämpfung. Der Kranke und seine Umgebung sollen wissen, um was es sich bei der Krankheit und bei der Verhütung der Weiterverbreitung handelt. In allen Volksschichten trifft man auch heute noch sogar in der Großstadt auf so unzureichende Begriffe von Krankheit, Behandlung und Heilung, daß es angezeigt erscheint, in jedem Falle die wichtigsten Grundbegriffe mit dem Kranken (soweit es sich nicht um zu kleine Kinder handelt) und seiner Umgebung zu besprechen. Vor allen Dingen muß auf die Ansteckungsgefahr durch Tröpfchen beim Husten und Schreien, durch innige Berührung (Küssen) und Benutzung desselben Eßgeschirres hingewiesen werden. Sodann muß Belehrung über die laufende Desinfektion am Krankenbett und vorschriftsmäßige Notwendigkeit der Schlußdesinfektion erteilt werden. Diese erste Belehrung ist Sache des ersten zugezogenen Arztes! Die Wiederholung der Belehrung hat möglichst oft zu geschehen, am besten durch Fürsorgeschwestern. Ob eine allgemeine hygienische Volksbelehrung durch Vorträge und gegebenenfalls

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch das bewegte Lichtbild von Erfolg begleitet sein würde, mag dahingestellt sein; es scheint, daß zurzeit kein großes Interesse für derartige wissenschaftliche Veranstaltungen besteht. — Für Epidemiezeiten empfiehlt Kruse[27]) Hinweise in den Zeitungen. In Amerika[4]) werden Wohnungen, in denen Diphtheriekranke sich befinden, durch Zettel, die in mehreren Sprachen vor dem Betreten der Räume warnen, kenntlich gemacht. Dieses Mittel dürfte auch zur Kenntnis von den ansteckenden Krankheiten beitragen.

Wo soll der Kranke behandelt werden? Kruse[27]), Abel[28]), Braun[30]) und andere raten zur Krankenhausbehandlung. v. Rottkay[2]) fordert obligatorische Krankenhausüberführung für Kranke in engen Wohnungen oder in Nahrungsmittelbetrieben. Man muß diesem Vorschlage vollkommen beipflichten, da auf diese Weise mit der Überführung des Kranken der Herd der Erkrankung für die Umgebung ausgeschaltet ist, der von dem Kranken bewohnt gewesene Raum sofort desinfiziert und wieder benutzt werden kann. Voraussetzung dabei ist, daß Krankenhausaufnahme und Desinfektion für Minderbemittelte nicht an der Frage der Kostendeckung scheitern. In Berlin wird jeder Diphtheriekranke von den städtischen Krankenhäusern zunächst einmal aufgenommen, die Bezahlung wird nachher in der Weise geregelt, daß entweder der Kranke Teilzahlungen leistet, oder daß die Krankenkasse bzw. die Armenverwaltung die Kosten trägt. Aufgabe des Arztes ist es hierbei, die Angehörigen von der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Krankenhausaufnahme zu überzeugen. Wenn es aus irgendwelchen Gründen nicht zur Krankenhausaufnahme kommt, muß für strengste Isolierung des Kranken in der Wohnung gesorgt werden. Daß gerade in diesem Falle eine Belehrung der Umgebung von höchster Wichtigkeit ist, leuchtet ohne weiteres ein.

Ermittelung der Krankheit.

Die „Ermittelung" beansprucht besondere Aufmerksamkeit. Sie soll Aufschluß geben über die Art der Erkrankung, Infektionsquelle und Möglichkeit der Weiterverbreitung. Die ersten Schritte hierzu tut der zugezogene Arzt; ist kein Arzt zugegen, so ist es Sache des beamteten Arztes oder einer anderen von der Ortspolizeibehörde dazu veranlaßten Person. Ein Teil der in Betracht kommenden Fragen ist durch genaue Ausfüllung der Meldekarten zu beantworten, nämlich Art der Erkrankung, Personalien, Wohnung und Gewerbe des Kranken, Schulklasse, Beginn der Krankheit, Krankenhausaufnahme, Absonderung usw. Wie oben erwähnt, ist die wissenschaftlich begründete Diagnose „Diphtherie" nur bakteriologisch zu stellen. Es ist aber unter allen Umständen anzustreben, daß die Meldung auch bei Diphtherieverdacht vorher abgesandt wird. Da außer den auf dem Formular angegebenen Fragen noch manche andere von Wichtigkeit sind, wird die ermittelnde Person noch Ergänzungen vorzunehmen haben. In Großstädten ist es unmöglich, daß der beamtete Arzt jeden Fall selbst ermittelt. Es sind daher seit Oktober 1915 in Berlin „Diphtheriefürsorgeschwestern" eingestellt, über deren Tätigkeit bei der Ermittelung zunächst einiges gesagt sein möge.

Die Richtlinien der Schwesterntätigkeit[26]) sind in einer Art Dienstanweisung zusammengestellt. Die Schwestern werden im Medizinalamt für ihre speziellen Aufgaben vorbereitet. Sie unterstehen dem Medizinalamt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das in Fühlung mit den zuständigen Kreisärzten arbeitet. Sie melden sich täglich zu bestimmter Zeit in der bakteriologischen Abteilung des Medizinalamtes, wo sie ihre Aufgaben zugewiesen bekommen, über ihre Tätigkeit am Vortage berichten und schriftliches Material abgeben. Alle Diphtherieerkrankungen werden dem Medizinalamt von der Polizeibehörde gemeldet. Außerdem melden die Rektoren der Schulen dem Medizinalamt noch direkt etwaige Erkrankungen von Schulkindern. Ferner liegt täglich die „Milchliste" vor.

Jede Schwester erhält die in ihrem Bezirk liegenden Neumeldungen zur Ermittelung. Sie begibt sich in die Wohnung des Kranken und stellt zunächst fest, ob ein Arzt zugezogen ist. In diesem Falle dürfen Maßnahmen nur mit dessen Erlaubnis getroffen werden. Anderenfalls hat die Schwester die Zuziehung eines Arztes oder Krankenhausüberführung zu betreiben. Dem Mangel, daß aus Scheu vor den Kosten kein Arzt zugezogen wird, ist teilweise durch die Einrichtung der Armenärzte abgeholfen; Seligmann[31]) verspricht sich von einer Familienversicherung viel Gutes.

Folgende Fragen läßt sich die Schwester je nach Lage des Falles beantworten: Personalien des Kranken, Datum der Erkrankung, Name des Arztes, ob Seruminjektion, Krankenhausaufnahme, Ansteckungsquelle, Beschäftigungsstelle der Angehörigen, Schule und Klasse der Kinder, Größe der Wohnung, ob Schutzimpfung der Angehörigen stattgefunden hat.

Die Schutzimpfung.

v. Behring[1]) hatte mit seinem Serum zunächst sehr gute Erfolge bei der Prophylaxe. Er nimmt an, daß man von dieser Anwendung etwas zurückgekommen ist, als man die guten Heilwirkungen des Serums kennen lernte. Da das Serum antitoxisch wirkt, kann es wohl gegen die Erkrankung, nicht aber gegen die Infektion schützen. Der Schutz gegen die Erkrankung hält zwei bis drei Wochen vor. Eine dauernde Immunität[32]) gegen die Krankheit existiert offenbar auch nach deren Überstehen nicht. Ich selbst habe mehrere Fälle, die sämtlich bakteriologisch kontrolliert waren, beobachten können, in denen dieselben Patienten zweimal hintereinander, und zwar mit verschieden langen Zwischenräumen an echter Diphtherie erkrankten. van Gröer und Kassowitz[61]) führen sogar den Fall einer 26jährigen Frau an, die in ihrer Kindheit neunmal an Diphtherie erkrankt war. Da also eine länger währende Immunität nicht einmal nach Überstehen der Krankheit eintritt, und da bei der passiven Immunisierung das Antitoxin nach zwei bis drei Wochen aus dem Körper ausgeschieden ist, wird man die Schutzimpfung im allgemeinen nur da vornehmen, wo ein kurzdauernder Schutz ausreichend erscheint. Eine dringende Forderung ist dabei, daß die schutzgeimpften Personen bakteriologisch kontrolliert werden, da sie sonst leicht zu unerkannten Bazillenträgern werden können. Daß auch trotz prophylaktischer Serumverabfolgung Erkrankungen vorkommen können, teilt u. a. Reiche[34]) mit.

Es gibt kein Mittel, die Diphtheriebazillen im Moment des Eindringens in den menschlichen Körper zu vernichten. v. Behring[1]) versprach sich Erfolg von einer aktiven Immunisierung mit einem Toxin-Antitoxingemisch (T. A.). Abgesehen davon, daß ein Schutz, der nur antitoxisch sein könnte,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erst nach mehreren (etwa zehn) Tagen eintreten würde, also für Krankheitsverhütung bei der Umgebung des Kranken zu spät käme, erscheinen die von Seligmann[33]) ausgesprochenen Zweifel berechtigt, daß man nämlich, da selbst nach Überstehen der Krankheit ein länger dauernder Schutz nicht eintritt, kaum erwarten könne, die Natur in immunisatorischer Hinsicht zu übertrumpfen. — Über Schutzimpfung in geschlossenen Anstalten wird weiter unten gesprochen werden.

Diphtherie und soziale Lage.

Die Frage nach der Größe der Wohnung und der Zahl der im Haushalt vorhandenen Personen soll Aufschluß über die Möglichkeit der Absonderung und über den Einfluß der sozialen Lage auf die Verbreitung der Diphtherie geben. Reiche[35]) [36]) und Seligmann[16]) haben keinen Einfluß der sozialen Lage auf die Häufigkeit der Erkrankungen an Diphtherie feststellen können, wohl aber fordert die Krankheit unter der ärmeren Bevölkerung mehr Todesopfer. Daher muß besonders in großen Gemeinwesen, wo die Not der ärmeren Bevölkerung größer als auf dem Lande zu sein pflegt, mit allen Mitteln vor allen Dingen dieser Volksschicht geholfen werden. Es kommen namentlich unentgeltliche ärztliche Versorgung, kostenlose Serumabgabe, Krankenhausaufnahme auf öffentliche Kosten außer allgemeiner Hebung der Lage in Betracht. Fürsorgeschwestern können gerade hier in hervorragender Weise für die Volksgesundheit wirken.

Die laufende Desinfektion.

Verbleibt der Kranke in der Wohnung, so muß Belehrung über die laufende Desinfektion und Überwachung der hierbei notwendigen Verrichtungen erfolgen. Sehr bewährt haben sich dafür die Fürsorgeschwestern. Durch häufige Besuche in den Familien ist es ihnen möglich, mit dem Kranken und seiner Umgebung persönlich Fühlung zu nehmen. Die Schwester erreicht dann leichter die Durchführung der erforderlichen Maßregeln, die sonst wohl häufig zum Schaden der Allgemeinheit vernachlässigt werden würden.

Der laufenden Desinfektion sind zu unterziehen die Hände des Kranken, sein Auswurf, Taschentücher, Eßgeschirr, Spielsachen usw. Die Verbreitung der Diphtherie durch den Harn des Kranken, durch den mitunter auch Diphtheriebazillen ausgeschieden werden können, scheint nicht von so hoher epidemiologischer Bedeutung zu sein, als daß man unbedingt auf der Desinfektion des Urins bestehen müßte.

Bedürftige Familien erhalten durch die Fürsorgeschwestern des Medizinalamtes Desinfektionsflüssigkeit und Seife auf Kosten der Stadt.

Die Schlußdesinfektion.

Die gesetzlich vorgeschriebene Schlußdesinfektion, die sich auf das Bett des Kranken und den von ihm bewohnt gewesenen Raum und seine Einrichtungsgegenstände erstreckt, wird in jedem Falle von Diphtherie durchgeführt. Sommerfeld[37]) hebt hervor, daß die Diphtheriebazillen an unbelebten Gegenständen haften können, und daß daher eine Wohnungsdesinfektion nötig sei. Da bei der Diphtherie der kranke bzw. bazillenausscheidende Mensch die Hauptinfektionsquelle darstellt und der Raum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erst durch den Menschen infiziert wird, kommt eigentlich die Desinfektion des Raumes erst dann in Frage, wenn der Kranke bzw. Bazillenträger aus der Wohnung entfernt ist, oder wenn er keine Bazillen mehr beherbergt. Diese Auffassung wird nicht von allen Seiten geteilt; in Berlin wird zurzeit die Schlußdesinfektion vorgenommen, sobald der Kranke das Bett verlassen hat, gleichgültig, ob er noch Keime beherbergt oder nicht.

v. Rottkay[2]) fordert mit Recht, daß die Schlußdesinfektion aus öffentlichen Mitteln bezahlt werden muß. — Daß die Schlußdesinfektion nicht in jedem Falle alle im Raum vorhandenen Bazillen abtötet, lehrt ein von Seligmann[38]) beschriebener Fall. In einer Schulklasse hatte ein diphtheriekrankes Kind erbrochen. Nach zweimaliger Desinfektion des Raumes konnten in den Fußbodenritzen noch Diphtheriebazillen bakteriologisch nachgewiesen werden. Erst nach achttägiger Schließung und gründlicher Lüftung verschwanden die Bazillen.

Da der Raum erst durch den Kranken bzw. Bazillenträger infiziert wird, muß dafür Sorge getragen werden, daß der Kranke über diesen Punkt belehrt wird, und daß durch sorgfältigste laufende Desinfektion die Ausstreuung der Bazillen in den Raum überhaupt vermieden wird. Dadurch würde eine Schlußdesinfektion überflüssig werden. Nur das Bett des Kranken müßte nach Beendigung der Krankheit einer leicht, schnell und mit geringen Kosten zu bewerkstelligenden Desinfektion unterworfen werden. In der Tat mehren sich die Stimmen, welche größten Wert auf die laufende Desinfektion legen und die große Schlußdesinfektion fortfallen lassen wollen. Seit einiger Zeit wird daher in Berlin von den Fürsorgeschwestern in geeigneten Fällen die sogenannte „kleine" oder „einfache" Schlußdesinfektion vorgenommen. Die Schwester desinfiziert die Bettwäsche und den Raum, in dem der Kranke gelegen hat, mit Sublimat bzw. Kresolseifenlösung. Die Erfolge sind anscheinend recht gut, die Ersparnis beträchtlich.

Dauerausscheider und Bazillenträger.

Ein wesentlicher Teil der Schwesternarbeit ist ihre Mitwirkung bei der Aufspürung der Bazillen. Da wir kein sicheres Mittel zu ihrer Vernichtung besitzen, müssen wir versuchen, jeden Schlupfwinkel ausfindig zu machen, und die Möglichkeit, daß von dort aus neue Infektionen erfolgen, zu verhüten suchen. Zu diesem Zwecke dient eine ausgedehnte bakteriologische Untersuchung der Kranken, Rekonvaleszenten und ihrer Umgebung. Diese Methode stellt einen wichtigen Teil der Bekämpfung in Berlin dar: Aufsuchen aller Infektionsquellen und ihr Unschädlichmachen für die Allgemeinheit.

Zu diesem Zwecke wird jeder gemeldete Fall bakteriologisch untersucht, und zwar nicht nur zur Stellung der Diagnose, sondern insbesondere auch zur Kontrolle des Ablaufs der Krankheit. — Die von dem Kranken ausgehende Ansteckungsgefahr hält natürlich so lange an, als er noch Diphtheriebazillen beherbergt und ausscheidet. Daß diese Ausscheidungsdauer von der klinischen Erkrankung und Genesung häufig unabhängig ist, lehren die Beobachtungen zahlreicher Autoren. Gerade dadurch, daß die Bazillen unter Umständen bedeutend länger im Körper verweilen können, als die Krankheit dauert, werden diese „Dauerausscheider", wenn sie nicht als solche erkannt sind, zu gefährlichen Ansteckungsquellen; gefährlicher

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als der Patient während der Krankheit selbst, da man, durch die Krankheitssymptome gewarnt, Vorsicht walten lassen wird. — Die Dauer der Bazillenausscheidung nach Überstehen der Diphtherie ist eine verschieden lange. Am Ende der ersten fieberfreien Woche sind nach v. Rottkay[2]) etwa 50 Proz. der Rekonvaleszenten bazillenfrei; fünf Wochen nach Krankheitsbeginn sind nach Löffler[39]) in 90 Proz. die Bazillen verschwunden. Ähnliche Zahlen gibt Tjaden[12]). Daß die Bazillen in vereinzelten Fällen sehr lange persistieren können, zeigen Beobachtungen von Prip[40]), der in einem Falle die Bazillen über 11 Monate, in einem anderen Falle über 22 Monate bei Rekonvaleszenten nachweisen konnte. Wir selbst haben im Medizinalamt auch in mehreren Fällen viele Wochen lang Bazillen nachweisen können. Insbesondere mag erwähnt werden, daß bei Dauerausscheidern die Untersuchung des Rachens und der Nase von besonderer Wichtigkeit ist, da die Bazillen mitunter vom Rachen nach der Nase wandern und sich dort lange halten können. Auf diese Verhältnisse weist v. Riemsdyk[12]) hin.

Ebenso gefährlich wie die Dauerausscheider sind „Bazillenträger", d. h. Personen, die, ohne jemals selbst erkrankt gewesen zu sein, Bazillen beherbergen und ausscheiden. Conradi[40]) setzt für Dauerausscheider: „Hauptträger" und für Bazillenträger: „Nebenträger". Über die Häufigkeit der Bazillenträger, aus der ihre hohe epidemiologische Bedeutung hervorgeht, geben folgende Zahlen Aufschluß:

Bei Personen, die nie mit Diphtheriekranken in Berührung gekommen sind, findet man keine Diphtheriebazillen. — Nach Sacquépée[7]) findet man Bazillenträger:

In endemisch befallenen Gegenden	4 bis 8	Proz.
In allgemeinen Kinderkrankenhäusern	12	„
Bei Epidemien in größeren Gemeinschaften	12 „ 14	„
Bei Schulepidemien	20 „ 25	„
In unmittelbarer Umgebung von Kranken	30 „ 35	„

Nach einem von van Riemsdyk[12]) berechneten Durchschnitt aus mehreren Statistiken trifft man gesunde Bazillenträger:

In unmittelbarer Nähe, wie Eltern und Geschwister . . .	66	Proz.
Ärzte, Pflegerinnen, Studenten	37	„
Bewohner von Kasernen und Pensionaten	23	„
Krankenhausinsassen	14	„
Schulkinder in der infizierten Schule	7	„

Sehr interessant ist das Ergebnis der Untersuchungen von Tjaden[12]), die dieser Autor in der Umgebung der Kranken anstellt. Er fand:

Bazillentragende Mütter	15,5	Proz.
„ Väter	7,7	„
„ Geschwister	10,0	„
„ übrige Hausgenossen (Dienerschaft) . .	2,8	„

Seligmann[60]) fand unter 992 Hausgenossen von Diphtherieerkrankten 100 Bazillenträger gleich 10,1 Proz. In engen Gemeinschaften (Schule, Hort) wurden auch höhere Prozentzahlen festgestellt; ein Wert von 10 bis 20 Proz. entspricht im infizierten Milieu etwa dem Durchschnitt.

Es läßt sich also kurz sagen: ohne Diphtherie keine Bazillenträger und je näher der Verkehr mit dem Kranken, desto häufiger Bazillenträger.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von prinzipieller Bedeutung ist die Frage, ob die bei Gesunden gefundenen Bazillen auch wirklich echte Diphtheriebazillen sind, d. h. also gegebenenfalls eine Erkrankung an Diphtherie erzeugen können.

Schweriner[41]) ist der Ansicht, daß die bei Gesunden nachgewiesenen Bazillen nicht immer echte Diphtheriebazillen sind, sondern mitunter Übergänge und sogar Pseudodiphtheriebazillen vorkommen. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß bei Gesunden auch abgeschwächte (avirulente) und Pseudodiphtheriebazillen vorkommen; es sind aber in der Literatur zahlreiche Fälle beschrieben, in denen solche Personen, ohne selbst jemals erkrankt zu sein, zum Ausgangspunkt für echte Diphtherieerkrankungen geworden sind. Warum diese Personen, trotzdem sie offenbar virulente Bazillen beherbergten und ausschieden, selbst verschont blieben, ist mit Sicherheit nicht zu erklären. Wir müssen zum Verständnis dieser Tatsache eine mangelnde Disposition annehmen, deren Bedingungen aber bis jetzt noch nicht erklärt sind. Es kann sich um allgemeine Resistenz, erhöhten Antitoxingehalt im Blut, lokale Resistenz, Kombination dieser Faktoren oder um noch gänzlich unbekannte Erscheinungen handeln. Jedenfalls ist aus der Tatsache, daß diese Personen andere infizieren und krank machen können, die Lehre zu ziehen, daß sie genau wie Kranke zu behandeln, d. h. abzusondern sind, und daß eine Prüfung der biologischen Eigenschaften der von ihnen beherbergten Bazillen notwendig ist, wenn sie vor deren Verschwinden aus der Isolierung entlassen werden sollen.

Die Versuche, die Bazillen aus dem Körper zu entfernen, sind außerordentlich zahlreich. Daß das Heilserum, das ja nur antitoxisch wirkt, weder bei der Einspritzung noch bei lokaler Anwendung die Bazillen zum Verschwinden bringen kann, ergibt sich eigentlich schon aus theoretischen Überlegungen. Und obgleich Ransom[1]) im Behringschen Institut nachgewiesen hat, daß das Serum in vitro zwar ohne Einfluß auf die Lebensfähigkeit der Bazillen ist, daß es aber in vivo antibakteriell wirkt, sind die Erfolge in der Praxis doch ausgeblieben. Ebensowenig nützt das Behringsche T. A. bei der Entkeimung der Bazillenträger. Von anderen Versuchen seien genannt: 1. chemische, 2. physikalische, 3. biologische und 4. operative. Die sogenannte Löfflersche Lösung, bestehend aus 64 Tln. Alkohol, 36 Tln. Toluol, 4 Tln. Liqu. ferri sesquichlor., tötet zwar Kulturen in fünf Sekunden ab[41]), hat sich aber für die Schleimhautdesinfektion nicht bewährt, weil sie nicht auf die in den tieferen Teilen des Gewebes sitzenden Keime einwirkt. Ebenso erfolglos waren Entkeimungsversuche mit Jod, Chlor, Brom, chlorsaurem Kali, übermangansaurem Kali, Wasserstoffsuperoxyd, Silbernitrat, Chlorzink, Sublimat, Lysol, Karbolsäure, Kreolin, Providoform[42]), Benzol, Toluol, Malonsäure[43])[44]) und Sano[45]). Versuche mit Eucupin[45]) waren Erfolg versprechend, aber auch nicht sicher. Von physikalischen Verfahren ist namentlich die Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne zu nennen, womit Rolly[43]) Erfolg hatte. Die Methode erscheint aber weder sicher genug noch genügend einfach, um in der großen Praxis angewendet zu werden. Von interessanten Versuchen, auf biologischem Wege eine Entkeimung von Bazillenträgern zu erreichen, seien erwähnt: bakterizides Serum (von Wassermann), Behandlung mit Pyocyanase (Emmerich)[46]), Sörensens[47]) Überimpfung anderer Bazillen auf die Tonsillen und Vaccinierung mit abgetöteten Diphtheriebazillen nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Petruschky[48]). Tonsillektomie[45]) und ähnliche operative Eingriffe hatten zwar gute Wirkung, ohne daß Wunddiphtherie eintrat; das Verfahren stellt aber für Anwendung in großem Maßstabe einen zu schweren Eingriff dar. Andererseits gibt es Operateure, die bei Vorhandensein von Diphtheriebazillen im Rachen die Tonsillektomie nicht ausführen, aus Furcht, gerade durch die Operation den Ausbruch der Krankheit herbeiführen zu können. — Keine einzige dieser Methoden führt mit Sicherheit zur Bazillenfreiheit. Es bleibt daher nur übrig, die Keimträger an der Verstreuung zu hindern.

Die Ermittelung und Ausschaltung dieser Träger bildet, wie gesagt, den Angelpunkt der Diphtheriebekämpfung. In jedem Falle von Diphtherie hinterläßt die den Fall bearbeitende Schwester eine frei zu befördernde Karte für den behandelnden Arzt, auf dem dieser vermerkt, ob er die bakteriologischen Umgebungs- und Nachuntersuchungen selbst unternehmen, oder sie dem Medizinalamt, d. h. der Fürsorgeschwester überlassen will. Diese Maßnahme war zunächst nur für Familien, deren Kinder die Gemeindeschulen besuchen, gedacht. Mit der Zeit hat sich dieses Verfahren aber auf die ganze Stadt ausgedehnt. Über die Aufhebung der Schutzmaßregeln, zu denen in erster Linie auch die Isolierung zu rechnen ist, schreiben die „Anweisungen“ [13]) vor, daß die getroffenen Anordnungen unverzüglich wieder aufzuheben sind, sobald der Kranke genesen, in ein Krankenhaus überführt oder gestorben und die Schlußdesinfektion durchgeführt ist. Unter „Genesung“ versteht der Gesetzgeber offenbar die klinische Genesung, und man ist übereingekommen, dafür vier Wochen anzunehmen. Eine Betrachtung der Zahlen, die angeben, wie lange genesene Personen noch Diphtheriebazillen beherbergen können, lehrt aber, daß das schematische Einhalten einer Isolierungszeit von vier Wochen keinen ausreichenden Schutz gegen Weiterverbreitung der Seuche gewährleistet. Obgleich zugegeben werden muß, daß der bakteriologische Nachweis der Diphtheriebazillen auch mitunter trotz deren Vorhandensein versagt, muß doch unbedingt die Forderung gestellt werden, daß die Aufhebung der Isolierung in allen Fällen erst dann stattfinden darf, wenn eine mindestens zweimalige bakteriologische Kontrolle die Abwesenheit von Bazillen ergeben hat. Zum mindesten sollte eine dahingehende gesetzliche Vorschrift außer der für die Schulkinder und deren Geschwister bereits erlassenen auch für Lehrpersonen und solche Personen, die in Nahrungsmittelbetrieben beschäftigt sind, verfügt werden. Löffler[12]) hat bereits im Jahre 1894 auf dem internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie in Budapest den Antrag gestellt, Diphtheriekonvaleszenten nicht eher zum freien Verkehr mit anderen zuzulassen, bis sie bakteriologisch genesen sind. Dabei ist es natürlich auch möglich, daß die Bazillenfreiheit schon vor Ablauf der vorschriftsmäßigen vier Wochen eintritt. Ebenso sollten nur bakteriologisch kontrollierte Fälle aus den Krankenhäusern entlassen werden. Wie wichtig der letzterwähnte Punkt ist, lehren die zahlreichen Neuerkrankungen an Diphtherie, die durch gar nicht oder ungenügend kontrollierte bzw. mit Bazillen entlassene Krankenhauspatienten nach ihrer Rückkehr in deren Familien veranlaßt werden. Ausführliche Arbeiten darüber hat Sörensen[49]), der solche Fälle als „return cases“ bezeichnet, geliefert. Auch die Berichte über die Tätigkeit der Diphtheriefürsorgeschwestern von Seligmann[50]) [16]) geben Auskunft darüber. In Berlin haben die städtischen Krankenanstalten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anweisung, auf dem Entlassungsschein das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung, ob der Entlassene noch Bazillen beherbergt, oder frei davon ist, zu vermerken.

Allerdings bereitet die Frage der Unterbringung gesunder Bazillenträger Schwierigkeiten. Ins Krankenhaus gehören sie nicht, da sie nicht krank sind und anderen den Platz wegnehmen (abgesehen von der Kostenfrage). Alle Keimträger wird man auch nicht isolieren können, sonst würde, wie Goethe sagt[1]), „die Welt ein großes Hospital und einer des anderen humaner Krankenwärter sein". Manche Autoren [v. Behring[1]), Kruse[27])] halten daher die Absonderung der Bazillenträger für undurchführbar. Schweriner[41]) schlägt vor, die Bazillenträger einer laufenden gesundheitspolizeilichen Kontrolle zu unterwerfen, sie über ihre Gefährlichkeit zu belehren, sie zu möglichster Absonderung, Desinfektion, Gurgelungen usw. anzuhalten und von Zeit zu Zeit nachzuuntersuchen. Abel[28]) schlägt Unterkunftsräume für Diphtheriegenesene in Krankenhäusern vor. Unter anderen hat Kirchner[4]) die Errichtung von Genesungsheimen für Bazillenträger angeregt. Es sei hier der Vorschlag gemacht, im Freien gelegene Unterkunftsstätten für Bazillenträger zu errichten, in denen nach Art der Waldschulen Unterricht (eventuell durch bazillentragende Lehrpersonen) gegeben werden könnte. Zweimalige wöchentliche bakteriologische Durchuntersuchung und Entlassung der Bazillenfreien wären durch einen Arzt zu veranlassen.

Systematische Diphtheriebekämpfung in Schulen und geschlossenen Anstalten.

Da die Diphtherie vorzugsweise eine Kinderkrankheit ist — das Alter von 1 bis 10 Jahren ist besonders häufig befallen —, haben Maßregeln, die diese Altersklassen erfassen, erhöhte Aussicht auf Erfolg. Namentlich die Schule ist der Ansteckungsgefahr günstig, andererseits aber infolge der leichter zu erzwingenden Disziplin vorzüglich für Bekämpfungsmaßnahmen geeignet. Eine erfolgreiche Bekämpfung der Diphtherie in der Schule kommt der ganzen Bevölkerung zugute. — Allgemeine Grundregeln stellt Sobernheim[52]) auf: 1. Alle verdächtigen Halserkrankungen sind bakteriologisch zu untersuchen. 2. Sind in einer Schule gehäufte Diphtheriefälle vorgekommen, so muß eine bakteriologische Durchuntersuchung der ganzen Klasse erfolgen. 3. Alle mit Diphtheriebazillen Behafteten sind so lange vom Schulbesuch auszuschließen, bis eine dreimalige bakteriologische Kontrolle die Abwesenheit von Bazillen ergeben hat. Andere Autoren, z. B. Lembke[53]), fordern nur zweimal Kontrolle und telephonische Übermittelung der Resultate. Ein Teil dieser wichtigen Vorschriften ist in New York bereits seit etwa 25 Jahren durch Gesetz eingeführt. Durch Ministerialerlaß[54]) vom 17. Januar 1920 ist nunmehr auch bei uns angeordnet worden, daß diphtheriegenesene Kinder wie ihre Geschwister zum Schulbesuch erst wieder zugelassen sind, wenn laut ärztlicher Bescheinigung bei zwei durch eine 48stündige Pause getrennten bakteriologischen Untersuchungen keine Diphtheriebazillen gefunden worden sind.

In Charlottenburg[55])[56]) ist schon seit 1911 eine Bestimmung der Schulverwaltung maßgebend, nach der erkrankte Kinder und deren schulpflichtige Angehörige so lange vom Schulbesuch auszuschließen sind, bis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweimalige bakteriologische Untersuchung die Abwesenheit von Bazillen ergeben hat. Die Materialentnahme und Untersuchung ist kostenlos, erstere geschieht gegebenenfalls durch den Schularzt. Bei Häufung von Erkrankungen wird die ganze betroffene Klasse durchuntersucht; die Bazillenträger werden vom Schulbesuch ausgeschlossen. Eine Schließung der Schule wird nur aus technischen Gründen angeordnet, d. h. wenn so viele Kinder bzw. Personen des Lehrkörpers fehlen, daß eine Aufrechterhaltung des regelrechten Schulbetriebes unmöglich ist. Sind Kinder noch nach acht Wochen Bazillenträger, so dürfen sie unter Vorbehalt zur Schule wieder zugelassen werden, da man voraussetzt, daß sie Mundpflege gelernt haben und daher nur eine geringe Gefahr bieten. Die Anordnung des Schulschlusses allein aus schultechnischen Gründen erscheint sehr zweckmäßig. Schon 1901 sagt v. Behring[11]), daß er sich vom Schulschluß (und von der Desinfektion der Klassenräume) keinen wesentlichen Einfluß auf die Weiterverbreitung der Diphtherie versprechen könne, da durch diese Maßnahme die Hauptansteckungsquelle, nämlich Mundhöhle und Rachenschleimhaut gesunder Bazillenträger, nicht getroffen werden.

Im ganzen ähnliche Maßregeln gelten für die Bekämpfung der Diphtherie in Berlin, nur ist die Bekämpfungsarbeit weiter verzweigt, wird aber von einer zentralen Stelle aus — dem Medizinalamt — in Fühlung mit den Kreisärzten geleitet. Es erscheint überhaupt von Wert, die Seuchenbekämpfung nach Möglichkeit zu zentralisieren. Nach dem Gesetz sind beteiligt: die Polizeibehörde, der beamtete Arzt und die bakteriologische Untersuchungsstelle. Die Nachteile dieses Verfahrens liegen einmal in der Umständlichkeit der Übermittelung der Schriftstücke usw., und zweitens darin, daß der beamtete Arzt, für den die Diphtheriebekämpfung nur einen Teil seiner Tätigkeit darstellt, dafür nicht genügend Zeit aufwenden kann. Es wird von vielen Seiten [Abel[28]), Henkel[15]), Schweriner[41]), v. Rottkay[2])] gefordert, daß der Kreisarzt die Bekämpfung leiten soll. Dann müßte diese Art der Tätigkeit zum mindesten in großen Gemeinden möglichst die einzige von ihm zu verrichtende sein. Er würde seine ganze Zeit mit der Ermittelung, Listenführung, Kontrolle der laufenden und Schlußdesinfektion, Abhalten von belehrenden Vorträgen, Beaufsichtigung der Krankenhausaufnahme und -entlassungen auszufüllen haben. Solche Stellen sind bisher noch nicht geschaffen; die Diphtheriebekämpfung stellt nur einen Teil der kreisärztlichen Tätigkeit dar, was bei der Größe des Arbeitsgebietes für die Erfolge nicht günstig sein kann. Es sei daher hier der Vorschlag gemacht, für die Bekämpfung der Diphtherie in großen Gemeinwesen Ärzte anzustellen, deren Tätigkeit, wie oben ausgeführt, sich ausschließlich auf die Bekämpfung der Diphtherie zu erstrecken hätte. Die Erfahrungen, die man im Kriege mit den sogenannten „Seuchenkommissionen" gemacht hat, sollten zu ähnlichen Versuchen ermutigen. Wesentlich ist dann noch der Konnex mit der bakteriologischen Untersuchungsstelle. Für Städte mit eigenen Medizinalämtern oder sonstigen bakteriologischen Untersuchungsanstalten wäre die Diphtheriebekämpfung am zweckmäßigsten von dort aus zu leiten, wie es in Berlin der Fall ist. Allerdings fehlt in Berlin noch die Verfügung, daß die Meldungen direkt dem Medizinalamt zugehen, und ferner kann das Medizinalamt nur durch die Kreisärzte einschneidende Maßnahmen (z. B. Schließung von Nahrungsmittelbetrieben) erwirken;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schließung von Schulklassen veranlaßt die Schuldeputation auf Betreiben des Medizinalamtes.

Zurzeit sind 14 „Diphtheriefürsorgeschwestern" unter Leitung des Medizinalamtes in Berlin tätig; jede arbeitet in einem bestimmten ihr zugewiesenen Bezirk im Zusammenhang mit Kreisarzt und Schularzt. Im Medizinalamt werden sämtliche bakteriologischen Untersuchungen vorgenommen; eine ausgedehnte Listenführung und Kartothek ermöglicht es, jederzeit Auskunft über den Stand der Seuche usw. zu erhalten. Dadurch, daß die Schwestern täglich zu bestimmter Stunde ins Amt kommen, wo ein Arzt eine Besprechung mit ihnen abhält, erfährt das Amt von jedem Fall, in dem besondere Maßnahmen notwendig sind usw. Die Schwestern selbst werden regelmäßig bakteriologisch kontrolliert, ob sie etwa während ihrer Tätigkeit selbst zu Bazillenträgern geworden sind. — Für Schulen, neuerdings[16]) auch für höhere, gelten folgende Bestimmungen[26]): Lehrer und Schüler, die an Diphtherie gelitten haben, sowie solche aus Behausungen, in denen Erkrankungen an Diphtherie vorgekommen sind, dürfen erst wieder zum Schulbesuch zugelassen werden, wenn die zweimalige bakteriologische Kontrolle die Abwesenheit von Bazillen ergeben hat. Dazu sind Nachuntersuchungen und Umgebungsuntersuchungen nötig. Die Abstriche macht entweder der behandelnde Arzt oder der Schularzt oder die Diphtheriefürsorgeschwester oder eine der fünf städtischen Entnahmestellen (in den Krankenhäusern am Urban, Moabit, Friedrichshain, Rudolf-Virchow, Kinderkrankenhaus). Die Resultate werden dem Schularzt, bei Schülern höherer Schulen dem behandelnden Arzt zugestellt.

Für die Schulärzte besteht seit November 1913 eine bindende Verfügung der Berliner Schuldeputation[31]), nicht eher eine Klasse zu schließen, bevor sie nicht durch das Medizinalamt bakteriologisch durchuntersucht ist. Infolge Aussonderung sämtlicher bei Massenuntersuchungen festgestellten Bazillenträger hören die Klassenepidemien, wie Seligmann[38]) nachweist, meist in kürzester Zeit auf, so daß ein Klassenschluß nur noch aus schultechnischen Gründen in Frage kommt.

Bei Diphtherie in der Familie dürfen Schulkinder nur dann zur Schule, wenn der Erkrankte und die Kinder bazillenfrei sind. Ist der Kranke einem Krankenhause überwiesen, so werden trotzdem die Schulkinder bakteriologisch kontrolliert. Kehrt der Kranke als Bazillenträger zurück, so müssen die schulpflichtigen Kinder erneut vom Schulbesuch ausgeschlossen werden. Es gilt also die Regel, daß gesunde Bazillenträger wie Erkrankte, Geschwister von Bazillenträgern wie solche von Erkrankten zu behandeln sind. Dauert die Bazillenausscheidung sehr lange (über zwei Monate), so wird eine „Virulenzprüfung" vom Medizinalamt vorgenommen. Bei positivem Ausfall bleibt die Isolierung in der Regel in Kraft, bei negativem dürfen die Kinder nach nochmaliger eingehender Belehrung und mit der Vorschrift, häufig zu gurgeln, wieder die Schule besuchen. — Eine Kontrolle, ob all diesen Bestimmungen entsprochen wird, geschieht durch eine Anweisung, die die Rektoren erhalten, und deren Hauptpunkt die Forderung der schriftlich bescheinigten bakteriologisch zweimal festgestellten Abwesenheit der Diphtheriebazillen vor Wiederzulassung zur Schule darstellt. — Es fehlt in Berlin noch immer die Einrichtung der Schulärzte für höhere Schulen!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gegen die Ausschließung der Bazillenträger vom Schulbesuch ließe sich der Einwand erheben, daß diese Kinder nun zwar nicht mehr in der Schule, aber zu Hause auf den Spielplätzen usw. ihre Bazillen ausstreuen. Dagegen ist zu sagen, daß diese Kinder 1. strenge Anweisungen zur Mundpflege erhalten, 2. oft nur kurze Zeit Bazillen beherbergen, 3. als gefährlich gekennzeichnet sind. Obschon durch das Gurgeln die Bazillenfreiheit nicht erzielt werden kann, erscheint diese Maßnahme doch aus erziehlichen Gründen sehr wesentlich. Es muß allerdings sehr vorsichtig gegurgelt werden, da sonst leicht mit dem Gurgelwasser Keime verstreut werden können.

Für die systematische Diphtheriebekämpfung in geschlossenen Anstalten (Krankenhäusern, Internaten) gelten andere Regeln. Auf Kinderstationen in Krankenhäusern ist die Diphtherie meist endemisch; häufig in der Form der Nasendiphtherie bei Säuglingen. Es ist daher von Wichtigkeit[52]), alle Neuaufnahmen für Kinder- und Säuglingsstationen einer Quarantäne zwecks bakteriologischer Untersuchung zu unterwerfen und nur bakteriologisch gesunde Kinder auf die allgemeine Station zu legen. Heubner[38]) hat in der Charité alle Kinder regelmäßig prophylaktisch mit Serum gespritzt und auf diese Weise erreicht, daß seine Patienten von der Erkrankung bewahrt blieben. — In Internaten ist es nicht zweckmäßig, beim Auftreten von Diphtherieerkrankungen den Betrieb zu schließen und die kranken Kinder bzw. Bazillenträger nach Hause zu schicken, da diese dann die Keime in die Außenwelt verschleppen würden. Erkrankte Personen aus Internaten und geschlossenen Anstalten gehören ins Krankenhaus; Bazillenträger müssen in der Anstalt verbleiben und dort bis zur bakteriologisch festgestellten Bazillenfreiheit isoliert werden.

Bemerkenswerte Einrichtungen zur Diphtheriebekämpfung in Schulen bestehen auch in Schöneberg, über die Gettkant[29]) berichtet. Das Meldewesen ist folgendermaßen geregelt: Der Arzt meldet an das Polizeipräsidium, dieses gleichzeitig an den Kreisarzt und die Schule, der Kreisarzt meldet wieder der Polizei. Eine Schulschwester geht täglich zum Polizeipräsidium, wo sie die Neuerkrankungen erfährt. Auf die Umgebungsuntersuchung wird Wert gelegt, ferner erhalten die Eltern sämtlicher Kinder Merkblätter über Diphtherie. Die Wiederzulassung der isolierten Kinder und der schulpflichtigen Angehörigen Diphtheriekranker darf erst nach bakteriologischer Kontrolle erfolgen. In den Schulen liegen Abstrichröhrchen bereit. Kinder in Klassen, in denen Diphtherie herrscht, dürfen nicht auf andere Plätze gesetzt werden; die Schulzahnklinik wird, wenn Diphtherie ausgebrochen ist, geschlossen.

In Augsburg hat Bachauer[51]) die Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen organisiert. Seine guten Erfolge verdankt er der Befolgung dieser Maßregeln: 1. Anwendung aller hygienischen Hilfsmittel, 2. Impfung der Umgebung, 3. frühzeitige Serumbehandlung. Im einzelnen hat er folgende Einrichtungen geschaffen: 1. Formulare zu Ermittelungs- und statistischen Zwecken, enthaltend Tagebuchnummer, Name des Kindes, Alter, Schule, Klasse, Schuljahr, wann Diphtherie bzw. Halsentzündung? wann Massenuntersuchung? Datum und Ergebnis der bakteriologischen Untersuchungen, Entkeimungsdauer, wann wieder zur Schule? 2. Diphtheriekranke Kinder[57]) und deren Geschwister werden vom Schulbesuch aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschlossen, bis die bakteriologische Untersuchung Abwesenheit von Diphtheriekeimen ergeben hat. 3. Bei gehäuftem Auftreten von Diphtherie werden auch Kinder mit Halsentzündungen wie Diphtherie behandelt. 4. Gegebenenfalls wird die ganze Klasse bakteriologisch durchuntersucht und die Bazillenträger ausgeschlossen. Ferner läßt die Stadtschulkommission [58]) bei besonders langer Entkeimungsdauer unentgeltlich Nachhilfeunterricht geben. Außerdem hat Bachauer vom Magistrat eine ortspolizeiliche Verordnung folgenden Inhaltes erwirkt: 1. Diphtheriekranke Kinder sind erst nach zweimaligem bakteriologisch negativem Befund wieder zur Schule zuzulassen. 2. Schulpflichtige Familiengenossen eines Diphtheriekranken müssen bis zur Wiederzulassung mindestens einmal bakteriologisch negativ sein und die Schlußdesinfektion muß stattgefunden haben. 3. Zuwiderhandlungen werden mit Geldstrafe bis zu 90 M. oder bis zu vier Wochen Haft bestraft. — Die Sprechstunden für Rekonvaleszenten und Personen aus der Umgebung von Diphtheriekranken sind so gelegt, daß sie nicht mit gesunden Personen zusammenkommen können.

Bekämpfung des Kurpfuschertums.

Nachdem so in groben Umrissen die positiven Maßnahmen zur systematischen Diphtheriebekämpfung dargelegt sind, möge noch ein Punkt Erwähnung finden, nämlich die Warnung vor falschen oder schädlichen Behandlungsarten. Die Aufklärung des Publikums kann allein bewirken, daß Kurpfuschern und ähnlichen Leuten der Boden entzogen wird. Gefährlich ist auch die Art der Kurpfuschereien, die von manchen Apotheken betrieben wird. Seligmann [31]) machte schon vor sechs Jahren darauf aufmerksam, daß dem Publikum zur Behandlung der Diphtherie „schwarze Tropfen" verkauft werden. Auch jetzt haben wir mit Hilfe der Fürsorgeschwestern feststellen können, daß ein Präparat „Noordyl" [59]) von Familien, meist solchen, die keinen Arzt haben, oder ohne dessen Wissen, in Apotheken und Drogerien gekauft und zur Behandlung diphtheriekranker Kinder benutzt wird. Das Mittel wird mit Hilfe einer sehr geschickten Reklame und unter Beigabe einer Art Aufklärungsschrift in den Handel gebracht. Abgesehen von dem sehr fraglichen Nutzen des Präparates, enthält die Schrift Anweisungen, deren Befolgung unter Umständen direkt gesundheitsschädlich wirken kann, und die den sanitätspolizeilichen Vorschriften zuwiderlaufen. Zum Überfluß sind nach Gebrauch des Mittels schwere Nierenschädigungen beobachtet worden. Es wird daher nunmehr in jedem Falle, wo das Mittel in einer Familie angetroffen wird, der Verkäufer ermittelt und Strafantrag gestellt.

Aus den obigen Darlegungen geht hervor, daß der kranke bzw. bazillentragende Mensch die Hauptansteckungsquelle bei der Diphtherie darstellt, und ferner, daß wir kein in allen Fällen praktisch anwendbares Mittel besitzen, das allein an sich imstande wäre, die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern. Wohl aber kennen wir viele Kampfmittel gegen die Diphtherie, deren jedes einzeln angewendet, nur geringen Einfluß auf die Ausbreitung der Seuche ausübt, die aber in ihrer Gesamtheit bei systematischer Anwendung zur wirksamen Waffe werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn wir also je nach Art und Lage des Falles alle oder mehrere der oben angegebenen Bekämpfungsmaßregeln ergreifen, werden wir mit einer gewissen Sicherheit darauf rechnen können, der Seuche Einhalt zu gebieten.

Literatur.

[1]) v. Behring, Einführung in die Lehre von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten.
[2]) v. Rottkay, Die Bekämpfung der Diphtherie als Volksseuche. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1917, Bd. 54.
[3]) Kirchner, Bedeutung der übertragbaren Krankheiten für die Volksgesundheit. Abel, Handbuch der praktischen Hygiene.
[4]) Flatten, Diphtherie. Abel, Handbuch der praktischen Hygiene.
[5]) Koch, Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn. Deutsche med. Wochenschrift 1912, Nr. 50.
[6]) Frosch, Verbreitung der Diphtheriebazillen im Körper des Menschen. Zeitschrift für Hygiene 1893.
[7]) Neisser und Gins, Über Diphtherie. Handbuch von Kolle und Wassermann.
[8]) Beyer, Diphtheriebazillen im Harn. Münchener med. Wochenschrift 1913, Nr. 5.
[9]) Freifeldt, Über Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn. Berliner klin. Wochenschrift 1913.
[10]) Conradi und Bierast, Über Absonderung von Diphtheriebazillen durch den Harn. Deutsche med. Wochenschrift 1912, Nr. 30.
[11]) v. Behring, Diphtherie in Bibliothek v. Coler-v. Schjerning; zit. nach: „Einführung in die Lehre von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten".
[12]) v. Riemsdyk, Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen. Zeitschrift für Hygiene 1916, Bd. 82.
[13]) Anweisungen des Ministers usw., Heft 1. Diphtherie.
[14]) Kisskalt, Gesetzgebung. Friedberger und Pfeiffer, Lehrbuch der Mikrobiologie 1919.
[15]) Henkel, Amtsärztliche Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Münchener med. Wochenschrift 1916, Nr. 3.
[16]) Seligmann, Tätigkeit der Fürsorgeschwestern im Jahre 1918. Berliner klin. Wochenschrift 1919, Nr. 13.
[17]) Bingel, Über Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum.
[18]) Albrecht, Zur Behandlung der Diphtherie mit unspezifischem Serum. Therapie der Gegenwart. November 1919.
[19]) Birk, Über Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. Medizinische Klinik 1919, Nr. 36.
[20]) Dorn, Diphtheriebehandlung mit normalem Pferdeserum. Berliner klin. Wochenschrift 1919, Nr. 42.
[21]) Feer, Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. Münchener med. Wochenschrift 1919 Nr. 13.
[22]) Herzfeld, Über die Behandlung der Diphtherie mit Pferdeserum. Münchener med. Wochenschrift 1919, Nr. 34.
[23]) Ioannovics, Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 9.
[24]) Karger, Zur Behandlung der Diphtherie mit antitoxinfreiem Pferdeserum. Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 22.
[25]) Klotz, Behandlung der Diphtherie nach Behring oder Bingel? Berliner klin. Wochenschrift 1919, Nr. 42.
[26]) Seligmann, Fortschritte in der Berliner Diphtheriebekämpfung. Berliner klin. Wochenschrift 1917, Nr. 23.
[27]) Kruse, Die Verbreitung und Bekämpfung der Diphtherie. Münchener med. Wochenschrift 1916, Nr. 35.
[28]) Abel, Erfolge und Mängel der Diphtheriebekämpfung. Zentralblatt für Bakt. Orig. 1912, Bd. 64.
[29]) Gettkant, Die Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr. 51.
[30]) Braun, Diphtheriebekämpfung. Berliner Ärzte-Korrespondenz 1917, Nr. 39.
[31]) Seligmann, Neue Wege der Diphtheriebekämpfung in Berlin. Med. Klinik 1914, Nr. 19 und 20.
[32]) Gottstein, Epidemiologische Studien über Diphtherie u. Scharlach. Berlin 1895.
[33]) Seligmann, Über Diphtherie-Immunität. Zeitschrift für Hygiene, Bd. 87.
[34]) Reiche, Die Hamburger Diphtherieepidemie 1909 bis 1914. Zeitschrift für klin. Med., Bd. 81, Heft 3 und 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

[35]) Derselbe, Diphtherie und soziale Lage. Med. Klinik 1913, Nr. 33.
[36]) Derselbe, Scharlach und Diphtherie und soziale Lage. Berliner klin. Wochenschrift 1915, Nr. 24.
[37]) Sommerfeld, Beitrag zur Epidemiologie der Diphtherie. Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 1 bis 3.
[38]) Seligmann, Bekämpfung der Diphtherie in Schulen usw. Zeitschrift für Hygiene 1912, Bd. 70.
[39]) Löffler, Verbreitung der Diphtherie durch Dauerausscheider usw. Klin. Jahrbuch, Bd. 19.
[40]) v. Conradi, Vorarbeiten zur Bekämpfung der Diphtherie.
[41]) Schweriner, Diphtheriebazillenträger u. systematische Diphtheriebekämpfung. Zeitschrift für Hygiene, Bd. 88, Heft 2.
[42]) Leschke, Über die lokale Behandlung der Diphtherie mit Tribrom-β-Naphthol (Providoform). Münchener med. Wochenschrift 1915, Nr. 41.
[43]) Rolly, Bazillenträger. Münchener med. Wochenschrift 1916, Nr. 34.
[44]) Wörner, Malonsäure zur Entkeimung von Diphtheriebazillenträgern. Veröffentl. a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 3, Heft 6.
[45]) Pfeiffer, Studien an Diphtheriebazillenträgern und deren Behandlung. Archiv für Laryngologie und Rhinologie, Bd. 31, Heft 1.
[46]) Emmerich, Pyocyanase als Prophylaktikum usw. Münchener med. Wochenschrift 1907, Nr. 45 und 46.
[47]) Sörensen, Pyocyanasebehandlung bei Diphtherie. Münchener med. Wochenschrift 1911, Nr. 12.
[48]) Petruschky, Entkeimung von Bazillenträgern usw. Deutsche med. Wochenschrift 1912, Nr. 28.
[49]) Sörensen, Über Retourfälle bei Diphtherie. Münchener med. Wochenschrift 1911, Nr. 13.
[50]) Seligmann, Tätigkeit der Fürsorgeschwestern im Jahre 1917. Berliner klin. Wochenschrift 1918, Nr. 25.
[51]) Bachauer, Diphtheriebekämpfung in Volksschulen Augsburgs. Münchener med. Wochenschrift 1919, Nr. 12.
[52]) Sobernheim, Bazillenträger. Berliner klin. Wochenschrift 1912, Nr. 33.
[53]) Lembke, Beiträge zur Bekämpfung der Diphtherie. Zeitschrift für Medizinalbeamte 1916.
[54]) Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten vom 4. Februar 1920.
[55]) Dietrich, Leitsätze für Diphtheriebekämpfung. Berliner klin. Wochenschrift 1912, Nr. 7.
[56]) Frank, Diphtheriebekämpfung in Schulen usw. Hygienische Rundschau 1912, Nr. 6.
[57]) Bachauer, Diphtheriebekämpfung in Volksschulen in Augsburg. Münchener med. Wochenschrift 1914, Nr. 11.
[58]) Derselbe, Diphtheriebekämpfung in Volksschulen Augsburgs. Zeitschrift für Medizinalbeamte 1915.
[59]) Noortwyck, Diphtherie und ihre Behandlung mit Noordyl. Verlag von A. Noortwyck.
[60]) Seligmann, Fortschritte der Diphtheriebekämpfung. Die Naturwissenschaften 1919, Heft 22.
[61]) v. Gröer und Kassowitz, Zeitschrift für Immunitätsforschung, Bd. 23, Heft 1.

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Kiel.
Direktor: Prof. Dr. Kisskalt.]

Die Studentenwohnungen zu Kiel im Sommersemester 1920.

Von Otto Cornils, Medizinalpraktikant.

Der erste, der Wohnungsenqueten vorgenommen hat, die wirklich für die gesundheitliche Beurteilung der Fragen in Betracht kommen, war der Nationalökonom Karl Bücher. Er hat im Februar 1889 in Basel eine Enquete ins Werk gesetzt, die auch heutzutage noch in der Art der Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

führung und Bearbeitung nicht übertroffen ist. Seit dieser Zeit sind eine große Anzahl von Enqueten unternommen worden, die einen Überblick über die Wohnungsverhältnisse in zahlreichen Städten und (in Württemberg auch) auf dem Lande ergeben haben.

Sie umfaßten teilweise die gesamte Bevölkerung, teilweise nur einzelne Gruppen, z. B. Minderbemittelte, Kassenmitglieder, Tuberkulöse.

Besonderes Interesse haben im letzten Jahrzehnt die Wohnungsverhältnisse der Studenten erregt. Am 24. Mai 1913 fand in München eine Konferenz über studentisches Wohnungswesen an den Hochschulen des deutschen Sprachgebietes statt, über die ein ausführlicher Bericht erschienen ist.

Es wurden darin folgenden Fragen besprochen. Vorträge:

1. Dr. C. Sonnenschein (München-Gladbach) über „Die Bedeutung der Wohnungsfrage für die Studenten; der heutige Zustand des studentischen Wohnungswesens und Wege zur Reform".

2. Universitätsprofessor Dr. J. Kaup (München) über „Studentische Wohnungshygiene".

3. Dr. Adolf Günther, Privatdozent an der Universität Berlin, Hilfsarbeiter im Kaiserl. Statistischen Amt, über „Akademischer Wohnungsnachweis und Wohnungsstatistik".

4. Dr. A. Franz (Düren) über „Studentenheime".

5. Prof. Richard Riemerschmied, Direktor der Königl. Kunstgewerbeschule München, Architekt, über „Die Studentenbude".

6. Referendar Rudolf Amelunxen (Cöln a. Rh.) über „Die bisherige und zukünftige Tätigkeit der studentischen und nichtstudentischen Vereine auf dem Gebiete des studentischen Wohnungswesens".

Bei der Besprechung aller dieser Fragen trat ein Übelstand hervor, daß man nämlich über die Wohnungsverhältnisse im großen nur sehr wenig informiert war. Eine sechs Seiten lange Statistik (S. 66 bis 71) bringt nichts als den monatlichen oder Semesterpreis für höhere, mittlere und bescheidenste Ansprüche. Wie die Wohnungen tatsächlich sind, ist nirgends genau festgestellt worden.

Mit dem unglücklichen Ausgang des Krieges und dem Zusammendrängen vieler Jahrgänge von Studenten haben sich die Verhältnisse zweifellos wesentlich verschlechtert. Es schien von Interesse, die Wohnungsverhältnisse von Kiel, die übrigens nach den Aussagen der Studenten durchaus nicht zu den schlechtesten gehörten, genau zu untersuchen.

Zu diesem Zwecke wurde bereits im Wintersemester 1918/19 von dem Vorsitzenden des studentischen Wohnungsausschusses und Herrn Professor Kisskalt, Leiter des Hygienischen Instituts Kiel, ein Fragebogen zusammengestellt, der allen Studenten ausgehändigt werden sollte. Eine gewisse Vorarbeit zu diesem Fragebogen bildet die Dissertation von Bandalin, die in Königsberg 1913 unter Leitung von Prof. Kisskalt angefertigt war. In dieser Dissertation sind die Fragebogen von 26 Wohnungsenqueten wiedergegeben und die Bedeutung der einzelnen Fragen ist besprochen. Selbstverständlich konnten für die studentische Wohnungsenquete nicht alle Fragen aufgenommen werden, die sich auf diesem Bogen befanden. Sie waren für Afterwohnungen teils überflüssig, teils zu zahlreich, so daß die Bearbeitung erschwert worden wäre. Durch Ausmerzung der überflüssigen ergab sich schließlich folgender Fragebogen:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

_____ Straße Nr. _____ bei _____ _____
Name Stand

(Volle Pension _____ M. monatlich): für Studentin besonders geeignet, bzw. seitens Vermieters erwünscht.
Mietpreis (monatlich): _____ M. mit Frühstück — ohne Frühstück.
Gesamtpreis (monatlich): _____ M. falls Beleuchtung, Heizung, Bedienung gesondert berechnet.
Zimmergröße: ungefähr ___ m Tiefe, ___ m Breite = ___ qm Grundfläche, ___ m Höhe: ___ cbm Inhalt.
Zahl der Fenster: ___ gerichtet nach Norden — Osten — Süden — Westen.
Aussicht auf: Straße — Hof — freier Platz — Garten.
Gegend: ruhig — verkehrsreich — störende Geräusche — störende Gerüche: nicht vorhanden — zu bestimmten Tageszeiten vorhanden — wann? _____ — dauernd vorhanden.
Zimmer: ausreichend möbliert — gut möbliert — mäßig möbliert. Schreibtisch vorhanden — nicht vorhanden.
Beleuchtung und Helligkeit: Zimmer bei Tageslicht hell — mäßig hell — dunkel. In wieviel Meter Entfernung vom Fenster sieht man in Tischhöhe den Himmel?
Beleuchtung: elektrisches Licht — Gas — Petroleum. Außer Zimmerbeleuchtung gesonderte Beleuchtung zum Arbeiten vorhanden — nicht vorhanden.
Heizung: Zentralheizung — Ofen, gut brennend — schlecht brennend.
Abort: in der Wohnung — im Treppenhaus — im Hof oder Garten — Spülabort oder Eimer.
Bad: zur Mitbenutzung — nicht zur Mitbenutzung — nicht vorhanden.
Küche: Mitbenutzung gestattet — Gaskocher im Zimmer.

Diese Fragebogen des Winters 1919/20 wurden zwar verteilt und ausgefüllt, sind aber leider nicht mehr auf der Registratur der Studentenschaft aufzufinden. Die des Sommersemesters 1920 wurden bei Ausgabe der Semester-Studentenkarten jedem einzelnen Studenten vorgelegt zur Ausfüllung und von dem Universitätspedell anschließend gleich eingesammelt. Da nun nicht alle Studenten über ihre Wohnungen in allen gestellten Fragen genau unterrichtet waren, auch noch nicht alle eine feste Wohnung hatten, sind die Fragebogen teilweise nur unvollständig ausgefüllt worden. Die große Mehrzahl hat jedoch genügende Angaben gemacht, um daraufhin eine Zusammenstellung der Fragen vornehmen zu können.

Für die Bearbeitung lagen im ganzen 1675 ausgefüllte Fragebogen vor, die aber nicht alle für sämtliche Fragen in Betracht gezogen werden konnten. Soweit Angaben in irgendwelchen Punkten vorlagen, sind sie für die Statistik verwertet worden. Da die Zahl der Studenten 2087 betrug, waren somit 80,6 Proz. ausgefüllt worden. Von diesen Studenten waren 303 = 18 Proz. einheimisch. Somit waren 1372 Fragebogen auswärtiger Studenten zu bearbeiten. Von diesen hatten eine eigene Wohnung gemietet 56 = 4,6 Proz. Hierüber fehlen nähere Angaben. Die übrigen 1316 Studenten wohnten in Aftermiete.

Aus der Zusammenstellung ergaben sich folgende Statistiken:

Preise der Zimmer, Einrichtung nach Beurteilung der Bewohner, Größe der Zimmer sind in nachstehender Zusammenstellung wiedergegeben. Bei Preisangabe ist der Mietpreis angegeben, Beleuchtung ist besonders zu zahlen in den meisten Fällen, Heizung immer. Über die Frage des besonders Geeignetseins der Zimmer für Studentin fehlt die Beantwortung vollkommen.

Bei Einteilung nach Verpflegungsgewährung ergeben sich folgende 1180 Angaben:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pro Person	Ohne Frühstück	Mit Frühstück	Mit voller Pension	Summa
1 Zimmer .	399 = 35,7 Proz.	626 = 55,9 Proz.	94 = 8,9 Proz.	1119 = 100 Proz.
½ „ .	—	10 = 100 „	—	10 = 100 „
2 „ .	15 = 29,4 „	30 = 58,9 „	6 = 11,7 „	51 = 100 „
Summe .	414 = 35,1 Proz.	666 = 56,4 Proz.	100 = 8,5 Proz.	1180 = 100 Proz.

Prozentuale Einteilung nach Rauminhalt der Zimmer. 1180 Angaben.

Man nimmt im allgemeinen an, daß jeder Person 20 cbm Luftraum zur Verfügung stehen sollen. Das polizeiliche Minimum beträgt sogar nur 10 cbm. Dieser Luftraum ist nur errechnet aus der Verschlechterung der Luft durch Ausatmungsprodukte. Tatsächlich wird für die meisten Menschen eine solche Wohnung sehr ungemütlich. Nur 13 Studenten hatten eine solche Wohnung inne. Viel mehr verfügten über ein weit größeres Zimmer.

Pro Person	10—20 cbm	21—30 cbm	31—40 cbm	41—50 cbm	51—60 cbm	Mehr als 60 cbm	Unbekannt	Summe
1 Zimmer .	13 = 1,1 %	97 = 8,2 %	149 = 13,2 %	166 = 14,7 %	113 = 10,2 %	363 = 32,4 %	218 = 19,4 %	1119 = 100 %
½ „ .	—	—	—	—	—	10 = 100 „	—	10 = 100 „
2 „ .	—	—	1 = 2,0 „	1 = 2,0 „	3 = 5,9 „	29 = 56,8 „	17 = 33,3 „	51 = 100 „
Summe .	13 = 1,1 %	97 = 8,2 %	150 = 12,8 %	167 = 14,1 %	116 = 10,0 %	402 = 34,0 %	235 = 20,0 %	1180 = 100 %

Die Richtung der Fenster zeigt ein besonders starkes Überwiegen nach Norden und Osten. Der Grund ist nicht erklärlich. 1147 Angaben.

Fensterrichtung nach	Häufigkeit
Norden	378 = 32,9 Proz.
Osten	359 = 31,2 „
Süden	196 = 17,1 „
Westen	214 = 18,7 „
Summe . .	1147 = 100 Proz.

Zahl der Fenster in den einzelnen Wohnungen. 1201 Angaben.

Mit der Tatsache, daß die Zimmer durchaus nicht klein sind, stimmt auch der Befund überein, daß über zwei Drittel der Zimmer zwei und mehr Fenster haben.

Zahl der Fenster	Häufigkeit
1	356 = 29,6 Proz.
2	706 = 58,8 „
3	110 = 9,2 „
Mehr als 3	29 = 2,4 „
Summe . .	1201 = 100 Proz.

Lage der Gegend. 1214 Angaben.

Für den Studenten besonders wichtig ist, nicht durch Geräusche in seinen Arbeiten gestört zu werden. Klagen darüber lagen in 38 = 3,1 Proz. der Wohnungen vor. Störende Gerüche wurden nicht angegeben, ebenso fehlt Angabe über die Zeit der störenden Geräusche.

Lage der Gegend	Häufigkeit
Ruhig	953 = 78,5 Proz.
Verkehrsreich	223 = 18,4 „
Störende Geräusche . .	38 = 3,1 „
Summe . .	1214 = 100 Proz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussicht von einzelnen Zimmern. 1228 Angaben.

Zur Erhöhung der Behaglichkeit einer Wohnung trägt der Blick ins Freie oder Grüne sehr viel bei. Für die Großstadt ist das Ergebnis einer Erfüllung dieser Forderung bei fast 33 Proz. der Wohnungen als sehr günstig anzusehen.

Aussicht auf	Häufigkeit
Straße	743 = 60,5 Proz.
Freien Platz	141 = 11,5 „
Garten	259 = 21,1 „
Hof	85 = 6,9 „
Summe . .	1228 = 100 Proz.

Helligkeit bei Tageslicht. 1237 Angaben.

Eine genaue Prüfung der Helligkeit der Wohnungen mit modernen Instrumenten, Raumwinkelmessern usw., war selbstverständlich nicht möglich. Einen guten Ersatz bot die Beantwortung der Frage, in wieviel Meter Entfernung vom Fenster man in Tischhöhe den Himmel sehe. Leider war aber diese Rubrik nur so selten ausgefüllt, daß eine Verwertung zwecklos blieb. Die in nebenstehender Zusammenstellung über die Helligkeit enthaltenen Angaben sind stark subjektiv und dadurch beeinflußt, daß die Untersuchungen im Sommer stattgefunden haben.

Helligkeit bei Tageslicht	Häufigkeit
Hell	1092 = 88,3 Proz.
Mäßig hell	141 = 11,4 „
Dunkel	4 = 0,3 „
Summe . .	1237 = 100 Proz.

Man kann danach mindestens sagen, daß weitaus die meisten Studenten mit der Helligkeit des Tageslichtes in ihren Wohnungen zufrieden waren.

Beleuchtung im Zimmer. 1215 Angaben.

Die künstliche Beleuchtung eines Zimmers ist von wesentlichem Einfluß für ihren Wert als Studentenwohnung. Das elektrische Licht ist besonders bei der zeitigen Ungunst der Petroleumbelieferung und der Kürze der täglichen Gasbelieferung die sicherste und bequemste Lichtquelle. Alle Verbrennungsprodukte werden aus den Zimmern, die fast ausschließlich gleichzeitig als Wohn- und Schlafzimmer dienen, bei dieser Beleuchtungsart ferngehalten und können nicht schädlich wirken. Die Bücherarbeit des Studenten läßt außerdem eine besondere Lichtquelle für den Arbeitstisch als wünschenswert erscheinen, um nicht durch zu große Entfernung der Beleuchtung vom Arbeitsplatz Augenschädigungen zu bedingen. Diese Forderung ist in mehr als 33 Proz. der Wohnungen erfüllt.

Beleuchtung	Häufigkeit
Petroleumbeleuchtung .	18 = 1,5 Proz.
Gasbeleuchtung	26 = 2,1 „
Elektrisches Licht . . .	1171 = 96,4 „
Summe . .	1215 = 100 Proz.

In 404 Fällen = 33,3 Proz. ist eine besondere elektrische Lampe für den Arbeitstisch vorhanden gewesen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aftermieter. Entsprechend erfolgt

I. In 1253 Fällen je 1 Zimmer für 1 Person;
II. „ 11 „ „ 1 „ „ 2 Personen
III. „ 52 „ „ 2 „ „ 1 Person;

In folgender Statistik für II. in [ ] Klammern

Verpflegung	Preis pro Monat	Rauminhalt der Zimmer: 11—20 cbm			21—30 cbm			31—40 cbm			41—50 cbm		
		Ausstattung der einzelnen Zimmer: Gut	Ausreich.	Mäßig	Gut	Ausreich.	Mäßig	Gut	Ausreichend	Mäßig	Gut	Ausreichend	Mäß
Ohne Frühstück	20— 30 M.	—	—	2	—	2	3	—	—	2	1	—	2
	31— 40 „	1	—	—	—	3	1	4	6	—	4	11	2
	41— 50 „	1	—	1	1	7	1	7	10	1	5	6	—
	51— 60 „	—	—	—	2	4	1	13	4	—	4	4	1
	61— 70 „	—	—	—	1	—	—	4	—	—	3	2	—
	71— 80 „	—	—	—	1	—	—	2	1	1	1	2	—
	81— 90 „	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	1	—
	91—100 „	—	—	—	1	—	—	1	1	—	2	—	—
	101—120 „	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
	Mehr als 120 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mit Frühstück	20— 30 M.	—	1	—	—	1	2	1	—	1	—	1	—
	31— 40 „	1	—	—	1	2	—	3	3	3	5	7	1
	41— 50 „	1	2	1	5	6	7	6	10	3	8	14	2
	51— 60 „	—	1	—	10	2	1	5	11	2	11	12	—
	61— 70 „	—	—	—	4	1	1	7	7	—	9	8	1
	71— 80 „	—	1	—	1	7	2	8	1	1	9	3	—
	81— 90 „	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—
	91—100 „	—	—	—	—	—	—	—	4 (1)	—	3	1	—
	100—120 „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—
	Mehr als 120 M.	—	—	—	2	—	1	1	—	—	2	(1)	—
Mit voller Pension	200—250 M.	—	—	—	2	5	—	3	1	—	—	2	1
	251—300 „	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	2
	301—350 „	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	2
	351—400 „	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—
	401—500 „	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—
	Mehr als 500 M.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
	Summe	4	5	4	33	44	20	68	67 (1)	14	73	79 (1)	14
		13			97			149 (1)			166 (1)		

Vorhandensein eines besonderen Arbeitstisches. 1131 Angaben.

Neben einem Tisch im Zimmer ist ein besonderer Arbeitsplatz in einer guten Studentenwohnung zu verlangen. Die Erfüllung dieser Forderung lag in zwei Dritteln aller Fälle vor.

Besonderer Arbeitstisch	Häufigkeit
Vorhanden	753 = 66,6 Proz.
Nicht vorhanden	378 = 33,4 „
Summe	1131 = 100 Proz.

Heizungsmöglichkeit. 1170 Angaben.

Im Sommersemester ist dieser Punkt von geringerer Bedeutung. Die Frage, ob Ofen- oder Zentralheizung günstiger ist, kann bei dem Mangel an Heizmaterial ver-

Heizungsmöglichkeit	Häufigkeit
Keine vorhanden	16 = 1,4 Proz.
Ofen	897 = 76,6 „
Zentralheizung	257 = 22,0 „
Summe	1170 = 100 Proz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aben standen zur Verfügung:
von lagen in 1119 Fällen ausreichende Angaben vor.
" " " 10 " " " "
" " " 51 " " " "
III. in ( ) Klammern angeführt.

Rauminhalt der Zimmer												
51—60 cbm			Größer als 60 cbm			Unbekannt						
Ausstattung der einzelnen Zimmer												
Gut	Ausreich.	Mäßig	Gut	Ausreichend	Mäßig	Gut	Ausreich.	Mäßig	Je 1 Zimmer für 1 Person	Je 2 Zimmer für 1 Person	Je 1 Zimmer für 2 Personen	
—	—	—	—	3	—	—	3	—	18	—	—	
1	4	4	8	10	3	1	12	2	77	—	—	
6	7	—	16	18	—	3	8	—	98	—	—	
6	2	—	21	15	1	6	9	—	93	—	—	
5	1	—	10 (1)	8	2	2	4	—	42	(1)	—	
(1)	—	1	11	3	—	3	3 (1)	—	29	(2)	—	
4	1	—	2	1 (1)	—	1	2 (1)	—	17	(2)	—	
1	—	—	5	1	1	2 (1)	(2)	—	15	(3)	—	
—	1	—	1	3	—	—	—	—	7	—	—	
—	—	—	(5)	(1)	—	3 (1)	—	—	3=399	(7)=(15)	=[0]	=414
—	2	—	1	—	1	—	1	—	12	—	—	
2	2	4	5	2	—	3	8	1 (1)	53	(1)	—	
9	6	1	19 (1)	25	—	14	12	1	152	(1)	—	
4	2	1	24	19	2	16	12	3	138	—	—	
9	3	—	22 (2) [1]	11	1	5 (1)	12	4	105	(3)	[1]	
5	1	—	15 (2)	8	—	7	3 (1)	—	72	(3)	—	
1	(1)	—	9	3	—	5 (2)	1	—	23	(3)	—	
4	1	—	8	7 [3]	(1)	7	1 (1)	—	36	(3)	[3]	
1	—	—	6 [2]	(1)	1	5 (1)	2 (1)	—	18	(3)	[2]	
2	—	—	3 (8)	(2) [4]	—	5 (2)	1	—	17=626	(13)=(30)	[4]=[10]	=666
1	—	2	2 (2)	2	—	2	4	1	28	(2)	—	
2	—	—	6	1	—	3	2	—	20	—	—	
1	—	—	2	3 (1)	—	—	1	—	12	(1)	—	
—	1	—	1	1	—	2	4	—	12	—	—	
1	—	—	5	2	—	3 (1)	1	—	15	(1)	—	
1	(1)	—	2 (1)	1	—	2	—	—	7=94	(2)=(6)	—	=100
(1)	34 (2)	13	204 (22) [3]	147 (6) [7]	12 (1)	100 (9)	106 (7)	12 (1)	1119	(51)	[10]	=1180
	113 (3)			363 (29) [10]			218 (17)					

schieden beantwortet werden. In nur 1,4 Proz. der Angaben war keine Heizungsmöglichkeit vorhanden.

Lage des Aborts zur Wohnung. 1186 Angaben.

Lage des Aborts	Häufigkeit
In der Wohnung selbst	403 = 34,0 Proz.
Im Treppenhaus	727 = 61,3 "
Im Hof oder Garten .	56 = 4,7 "
Summe . .	1186 = 100 Proz.

Art des Abortsystems. 1186 Angaben.

Das Abfuhrsystem in der Großstadt Kiel ist in jeder Beziehung sehr unhygienisch. In den meisten Straßen besteht keine Vollkanalisation. Jeder Aborteimer in den Häusern dieser Straßen wird zweimal wöchentlich entleert, aber die Größe der Eimer ist oft nicht den Anforderungen entsprechend.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Überfüllung ist neben der Verletzung des ästhetischen Gefühls auch sehr in hygienischer Hinsicht verderblich. Die Übertragung von Krankheiten ist bei dieser Art des Fortschaffens der Fäkalien viel leichter möglich als bei der Vollkanalisation oder einem sonstigen Abfuhrsystem. Zeitweise haben Streiks der Abfuhrleute die Bewohner Kiels in größte Schwierigkeiten gebracht und alle Forderungen der Hygiene stark verletzt.

Die Kanalisation Kiels macht sehr große Schwierigkeiten. Eine Einführung auch der geklärten Abwässer in die Förde wurde in früheren Jahren für gesundheitsschädlich erklärt und infolgedessen unterlassen. Erst in neuester Zeit ist man dazu übergegangen, eine biologische Kläranlage für die Abwässer des Hochgebietes zu errichten, die die gereinigten Abwässer in die Förde einleitet. Im übrigen ist man vorläufig weiterhin auf das Kübelsystem angewiesen.

Art des Abortsystems	Häufigkeit
Eimer	903 = 76,1 Proz.
Spülabort	283 = 23,8 „
Summe . .	1186 = 100 Proz.

Badeeinrichtung wurde in 417 Fällen als bestehend angegeben. Gegenteilige Angabe ist jedoch in vielen Fällen nicht immer bemerkt. Von der angegebenen Badeeinrichtung war in 227 Fällen = 54 Proz. Mitbenutzung gestattet.

Küchenmitbenutzung war in 13 Fällen gestattet; dieser Punkt hat aber für Studenten weniger Interesse als für Studentinnen und entbehrt jeder genauen Angabe. Das gleiche ist in der Frage über die Gaskocher im Zimmer zu sagen. Bejahende Angaben liegen in 13 Fällen vor.

Die Entfernung der einzelnen Wohnungen vom Universitätsgebäude beträgt für normale Fußgänger bei Beurteilung von 1316 Wohnungen:

Bis zu 10 Min.	in 381 Fällen	=	29 Proz.
10 bis 20 „	„ 579 „	=	44 „
20 „ 30 „	„ 290 „	=	22 „
Über 30 „	„ 66 „	=	5 „
Summe . .	1316 Fälle	=	100 Proz.

Diese Zusammenstellung ist nicht von jedem einzelnen Studenten, sondern nach eigener Berechnung gemacht worden. Dabei ist der Maßstab angelegt worden, daß 1 km in 10 Minuten zurückgelegt wird. Ein schnelleres Erreichen der Universität ist vielfach durch Benutzung der elektrischen Bahn ermöglicht. Bei einer Stadt von damals 220 000 Einwohnern mit einer Lage rings um die Förde herum ist dieses Ergebnis der Zusammenstellung als recht günstig anzusehen.

Bei der Gesamtbeurteilung der obigen Zusammenstellungen kommt man zu dem Resultat, daß die große Mehrzahl der Kieler Studenten im Vergleich mit ihren Kommilitonen auf anderen Universitäten in bezug auf die Wohnungsverhältnisse günstig gestellt ist.

Literatur.

1. Weyl, Handbuch der Hygiene, 4. Bd.
2. Schriften des Bayerischen Landesvereins zur Förderung des Wohnungswesens, 10. Heft. München, Ernst Reinhardt, 1913.
3. Bandalin, Die Fragebogen bei Wohnungsenqueten. Dissertation. Königsberg 1913. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, 45. Bd., S. 677.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chronik der Sozialen Hygiene.

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

Seuchenbekämpfung.

Tuberkulose.

(Schluß.)

Bei der starken Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen macht es sich besonders notwendig, die mit der Krankenpflege bei Tuberkulösen beschäftigten Personen gegen Ansteckung noch mehr als bisher zu schützen. Das Reichsgesundheitsamt (Unterausschuß für Tuberkulose) hat sich in einer am 30. April 1920 unter Hinzuziehung zahlreicher sonstiger Sachverständiger abgehaltenen Beratung mit dieser Frage befaßt.

Nach Referaten von Generalarzt Dr. Schmidt und Geh. Obermedizinalrat Dr. Balser wurden vom Reichsgesundheitsamt die nachstehenden Schlußsätze angenommen:

1. Nach dem Ergebnis der angestellten statistischen Erhebungen war beim Krankenpflegepersonal bis zum Jahre 1910 die Tuberkuloseerkrankungsziffer nicht besonders hoch. Mit einer Steigerung ist jedoch bei jeder allgemeinen Zunahme der Tuberkulose zu rechnen.

2. Die Gelegenheit zur Tuberkuloseübertragung auf das Pflegepersonal wird wesentlich vermindert, wenn in den Krankenhäusern besondere Abteilungen für tuberkulöse Lungenkranke eingerichtet werden. Mindestens sollten ansteckende Tuberkulöse gesondert von anderen Kranken untergebracht werden.

3. Personen, deren Körperbau oder körperliche Entwickelung sie als weniger widerstandsfähig kennzeichnet, oder die die Zeichen einer latenten Tuberkulose erkennen lassen oder früher Tuberkulose der Drüsen, Knochen, Gelenke usw. überstanden haben, eignen sich wegen ihrer besonderen Gefährdung, an Tuberkulose zu erkranken, nicht für den Krankenpflegeberuf. Die Auswahl des Pflegepersonals für Tuberkuloseabteilungen und Lungenheilstätten ist nach einer sorgfältigen ärztlichen Untersuchung zu treffen. Während der Dauer der Beschäftigung ist das Personal mit Bezug auf seinen Gesundheitszustand ständig ärztlich zu überwachen; insbesondere ist auch das Körpergewicht regelmäßig festzustellen.

4. Wird eine Pflegeperson von einer Krankheit befallen, durch die die Empfänglichkeit für Lungentuberkulose erfahrungsgemäß sich erhöht, so ist sie im Pflegedienst nicht eher wieder zu beschäftigen, als bis sie von der Krankheit völlig wiederhergestellt ist.

Bei verdächtigen Erscheinungen (Blutarmut, Rückgang des Körpergewichts, leichten Erhöhungen der Körperwärme, Husten) ist das Pflegepersonal von dem Krankenpflegedienst bei Tuberkulösen so lange zu befreien, bis eine sorgfältige ärztliche Untersuchung die volle Dienstfähigkeit festgestellt hat. In Lungenheilstätten und ausnahmsweise auch in Sonderabteilungen für Tuberkulöse dürfen Pflegepersonen, die mit nicht ansteckender Tuberkulose behaftet sind, nach ärztlichem Ermessen beschäftigt werden.

5. Das Personal ist alsbald nach seinem Eintritt in die Krankenanstalt über die Verbreitungswege der Tuberkulose zu belehren und forlaufend so zu erziehen, daß alle Maßregeln gegen die Übertragung von ihm beachtet werden. Insbesondere ist dem Personal die Bedeutung der Tröpfcheninfektion und der Einatmung von vertrocknetem und verstäubtem Lungenauswurf, namentlich auch beim Ordnen der Lagerstätten und beim Handhaben der gebrauchten Wäsche, ebenso die Bedeutung der Hände als Vermittler der Übertragung einzuprägen. Auch ist das Personal auf die Wichtigkeit eines verständigen und ordentlichen Lebenswandels hinzuweisen.

Die Kranken der Anstalt andererseits sind hygienisch zu erziehen und in der fortlaufenden Desinfektion ihres Auswurfs zu unterrichten.

6. Auf Abwechselung und auf eiweiß- und fettreiche Kost für das Tuberkulosepflegepersonal ist Bedacht zu nehmen; es ist ihm die Möglichkeit zu geben, seine Mahlzeiten getrennt von den Kranken, womöglich in eigenen Räumen, einzunehmen. Die Schlafräume für Pflegepersonen sollen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Schlafräumen von Kranken stehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7. Alljährlich soll dem Tuberkulosepflegepersonal ein angemessener Urlaub, dem ständigen Personal in der Dauer von mindestens 4 Wochen, während der warmen Jahreszeit gewährt werden. Im übrigen ist für Schaffung von Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien, auf sonnigen Plätzen, mit Ruhegelegenheiten Sorge zu tragen.

8. In den Tuberkuloseabteilungen und in den Lungenheilstätten ist nur ausgebildetes, mit den Vorbeugungsmaßregeln gegen die Übertragung der Tuberkulose gut vertrautes Pflegepersonal zu verwenden.

Es ist in seiner Beschäftigung, wenn möglich, einem regelmäßigen Wechsel hinsichtlich der Krankenabteilung in nicht zu großen Zeitabständen zu unterwerfen.

9. Eine erhöhte Übertragungsgefahr besteht auch in den Unreinen- und in den Siechenabteilungen der Irrenanstalten. In diesen Abteilungen der Irrenanstalten ist daher den Abwehrmaßnahmen gegen Tuberkulose ganz besondere Achtsamkeit zuzuwenden. Die Kranken, bei denen Tuberkulose festgestellt ist, sind von den übrigen Kranken abzusondern.

Über die Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose vom Oktober 1920 entnehmen wir dem Bericht der „Voss. Ztg." das folgende:

Der von dem Generalsekretär Dr. Helm erstattete Geschäftbericht läßt ein Anwachsen der Mitglieder, aber trotzdem noch einen Mangel an Geldmitteln erkennen. Immerhin war auf Grund der Mitgliedsbeiträge und von Lotterieergebnissen das Zentralkomitee in der Lage, über insgesamt 500 000 M. verfügen zu können, aus denen, soweit es möglich war, Zuschüsse gegeben wurden zu Aufklärungs- und Werbezwecken und in einzelnen Fällen auch zu Neu- oder Ergänzungsbauten. Neubauten von Tuberkuloseanstalten sind ja leider jetzt nur in geringem Umfange möglich. Insgesamt beträgt die Zahl der Lungenheilstätten in Deutschland jetzt 168 mit rund 17 600 Betten, die der Kinderheilstätten 172 mit 14 300 Betten, der Walderholungsstätten 134, der Waldschulen 17; dazu kommen je zwei ländliche Kolonien für Erwachsene und Kinder. Außerdem bestehen 33 Genesungsheime, 82 Beobachtungsstationen, 317 Tuberkulosekrankenhäuser, Tuberkuloseabteilungen, Invalidenheime und Pflegestätten. Soweit es sich überhaupt noch um Neueinrichtungen handelt, sind in den letzten Jahren im wesentlichen nur ihrer billigen Errichtung wegen Walderholungsstätten in Betracht gekommen.

Im Anschluß an die Mitteilungen des Generalsekretärs gab der Vorsitzende Präsident Bumm bekannt, daß aller Voraussicht nach der Reichszuschuß im laufenden Jahre wesentlich höher werden wird. Außerdem verwies er darauf, daß die Arbeiterschaft selbst aus eigenen Mitteln bestrebt ist, für ihre Tuberkulösen Sorge zu tragen. Ein Beispiel hierfür gibt ein Beschluß der Bergarbeiter, kostenlos Überschichten zu verfahren, aus deren Erlös für tuberkulöse Kinder gesorgt werden soll. Den Hauptgegenstand der Beratungen bildete die Frage: „Was erwarten wir von der reichsgesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung?" Hierzu sprach zunächst Professor Neufeld, der Leiter des Robert-Koch-Instituts. Er verwies darauf, daß eine gesetzliche Regelung der Tuberkulosebekämpfung sich im Rahmen der Kochschen Seuchenbekämpfung halten müsse, daß aber angesichts des chronischen Charakters der Tuberkulose hier im wesentlichen ärztlich-fürsorgerische Maßnahmen in Betracht kommen müßten und den Zwang zu ersetzen haben. Nur in einigen Beziehungen kann auf den Zwang nicht verzichtet werden, wo es sich darum handelt, daß zur Verstopfung der Ansteckungsquellen die ansteckungsfähigen Tuberkulösen gemeldet werden, und wo die Möglichkeit bestehen muß, sie von den Gesunden abzusondern. Ebenso wird diese Absonderung insbesondere bei Angehörigen solcher Berufe notwendig sein, die dauernd mit kleinen Kindern, welche am leichtesten der Ansteckung unterliegen, in Berührung kommen. Im übrigen müsse der Hauptwert auf Aufklärung, Belehrung und Fürsorge gelegt werden. Notwendig sind ferner entsprechende Desinfektionsmaßnahmen.

Der Mitberichterstatter Geh.-Rat Bielefeldt, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt der Hansastädte, hält die Anzeigepflicht für unerläßlich und wünscht noch eine größere Ausdehnung, als bisher vorgesehen zu sein scheint, um so mehr, als durch den Wohnungsmangel die Zwangseinquartierung und die dadurch bedingte Einengung aller Familien die Übertragungswahrscheinlichkeiten bis auf lange Zeit hinaus noch sehr gesteigert sind. Im weiteren bezeichnet er es als glücklich, daß ein Zusammenarbeiten von Staat, Gemeinden, Versicherungsanstalten und Krankenkassen vorgesehen ist, wie es sich im einzelnen auf Grund von freiwilligem Zusammenschluß bisher schon sehr bewährt hat.

Auf der Internationalen Tuberkulosekonferenz sprach Mitte Oktober 1920 in Paris Prof. Philip von der Hochschule in Edinburgh und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erklärte, die einzigen Teile der Erde, wo die Tuberkulose noch nicht ihre verheerende Wirkung ausübe, seien diejenigen, wohin die Kultur noch nicht vorgedrungen sei. Er habe feststellen können, daß in den Kolonien die Tuberkulose mit dem ersten Kolonisten aufgetaucht sei und in dem Maße der kommerziellen Betätigung wachse. Das sei ein Zeichen der noch unvollkommenen Zivilisation und beweise klar, daß eine wirksame Bekämpfung dieser Geißel der Menschheit nur unter Beachtung zweier Hauptpunkte möglich sei, Keim und Umgebung. Dieses Ziel könne nur durch internationales Zusammenarbeiten erreicht werden und von größter Bedeutung sei dabei die Anzeigepflicht. (Genf wurde als Sitz der internationalen Vereinigung für Bekämpfung der Tuberkulose bestimmt.)

Mit diesen Ausführungen Philips darf eine kürzlich (Karlsruhe 1921, C. F. Müllersche Hofbuchhandlung) erschienene Schrift von Dr. Alfons Fischer, „Tuberkulose und soziale Umwelt. Eine Grundlage für die Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung", zusammengehalten werden, in der mit statistischen Daten und Kurven klar gezeigt wird, daß die Tuberkulosefrequenz und -gefahr aufs engste zusammenhängt mit der allgemeinen Lebenshaltung. Vergleiche zwischen Deutschland nach Einführung der Sozialversicherung und England ergaben, daß die Lebensmittelpreise und der Nahrungsverbrauch der Bevölkerung sowie das Maß der gewerblichen Frauenarbeit bestimmend auf die Erkrankungsfähigkeit an Tuberkulose einwirken. Ebenso bedeutungsvoll wie die Besserung der Ernährung und die Einschränkung der Frauenarbeit sind nach Fischers sorgfältigen, vorzugsweise auf badische Zahlen gestützten Ermittelungen: Untersuchung der Kinder aller Altersklassen und die Behandlung der erkrankten Kinder (Familienversicherung), Ausbau der gesundheitlichen Einrichtungen in allen Gewerbebetrieben, Verbesserung im Wohnungswesen und überhaupt hygienische Belehrung aller Volksschichten. Mit der Einkommenshöhe sinkt die Schwindsuchtshäufigkeit. Die Selbständigen im Beruf sind weniger gefährdet und weniger anfällig als die Unselbständigen. Ergänzt werden diese Feststellungen durch die auch in Fischers Schrift erwähnten Ermittelungen von Dr. R. v. Wassermann („Volkswirtschaftliche Betrachtungen zur Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit während des Weltkrieges", Greifswald 1920), der eine fast ganz gleich laufende Kurve der Abhungerung und der Kriegstuberkulosehäufigkeit von 1913 bis 1918 zeigen kann. „Es zeigt sich die fast völlige Übereinstimmung im Verlauf der Kurven, und zwar ist das Verhalten so, daß dem jedesmaligen Absinken des Kalorienwertes der Nahrung etwa ½ bis 1 Jahr später die Tuberkulosekurve mit einer Erhöhung antwortet." Die Schrift Wassermanns ist für die Erkenntnis des Einflusses der Tuberkulose auf die wirtschaftlichen Leistungen von großem Wert. Die schädliche Einwirkung der Tuberkulose gerade auf das arbeitsfähige Alter wird überzeugend nachgewiesen.

Geschlechtskrankheiten.

Ende Oktober 1920 fand in Berlin die Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten statt. Die Ausschußsitzung hatte sich zunächst mit der Finanzlage der Gesellschaft zu befassen, in der das Gleichgewicht zwischen den Ausgaben und den Einnahmen durch einen Reichszuschuß von jährlich 150000 M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hergestellt werden konnte. Viele neue Ortsgruppen sind gegründet worden. In der Schweiz und in der Tschechoslowakei haben sich nach ihrem Muster arbeitende Gesellschaften gebildet. Material zu neuen Gründungen ist aus Chile, Nordamerika, Serbien und Spanien verlangt worden. Ein neues Arbeitsgebiet bilden sozialpädagogische Kurse in Berlin und Breslau. Die Wanderausstellung der Gesellschaft ist unter Verschmelzung mit der des nationalen Hygienemuseums in Dresden so erweitert worden, daß jetzt sechs Ausstellungen gleichzeitig zirkulieren, die bereits von mehr als einer Million Menschen besucht worden sind.

In der Generalversammlung berichtete der Vorsitzende, Geheimrat Blaschko, über den kommenden Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Aus dessen Bestimmungen seien die wichtigsten die über die Reglementierung und über die Anzeigepflicht der Ärzte. Die Reglementierung im alten Sinne falle weg. Das neue Gesetz treffe nunmehr alle Personen, auch die Männer, und ohne Rücksicht auf die Gewerbsmäßigkeit, ausschließlich auf Grund der ärztlichen Entscheidung. Die vorgesehene Anzeigepflicht, als eine beschränkte im Gegensatz zu der allgemeinen Anzeigepflicht im Sinne des Reichsseuchengesetzes, war im wesentlichen der Gegenstand der Diskussion, in der in erster Linie Flesch (Frankfurt a. M.) seinen gegenteiligen Standpunkt aufrecht hält, daß die allgemeine Anzeigepflicht nötig sei, um zu verhindern, daß es dem subjektiven Ermessen des Arztes anheimsteht, ob er den Kranken als gemeingefährlich ansehen will oder nicht. Auch Laienmediziner müssen anzeigepflichtig sein, wie das ja auch das Reichsseuchengesetz vorsieht. Das Geheimnis sei bei einer an das Gesundheitsamt gehenden Anzeige besser gesichert als bei der jetzt an vielen Orten erfolgenden Mitteilung der Diagnose an Krankenkassen. Irgend eine Belästigung für den Kranken sei ausgeschlossen, solange er sich nicht der Behandlung entziehe. In diesem Falle aber trete auch bei der beschränkten Meldepflicht das Eingreifen der Gesundheitsbehörde in Kraft. Zugunsten der allgemeinen Anzeigepflicht sprach auch ein Vertreter der Regierung von Lippe-Detmold, wo die Anzeigepflicht bereits, nach seiner Meinung mit gutem Erfolg, besteht.

Der Berliner Polizeiarzt a. D. Dr. Dreuw, als Anhänger der allgemeinen Anzeige- und Behandlungspflicht bei Geschlechtskrankheiten, hat die Befürwortung der Einführung einer solchen bei dem Bevölkerungsausschuß der Preuß. Landesversammlung beantragt und dort Zustimmung gefunden.

Der aufsehenerregende Bericht von Dr. Loeser auf der Naturforscherversammlung in Nauheim, daß jedes 25. in Deutschland geborene Kind schon bei der Geburt syphilitisch wäre, hat die „P. P. N." veranlaßt, den Dr. Dreuw um nähere Auskunft darüber zu bitten. Dr. Dreuws Antwort, soweit sie Tatsächliches gibt und nicht in den noch nicht geklärten Streit über verschiedene Fragen auf diesem Gebiete eingeht, sei hier mitgeteilt:

Ob diese Zahl genau stimmt oder nicht, kann erst festgestellt werden, wenn der Vortrag Loesers und seine Begründung vorliegt. Aber unwahrscheinlich klingt die Zahl für den Kenner der in Frage kommenden Verhältnisse nicht. So betrug die Zahl der bei allen Ortskrankenkassen in Braunschweig gemeldeten Geschlechtskrankheiten im Jahre 1913 bloß 35,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Jahre 1914 bereits 90, im Jahre 1915 423, 1916 448, 1917 982, 1918 2050 und 1919 rund 3500, also eine Steigerung um ungefähr das Hundertfache. In Gießen und Würzburg z. B. und auf dem platten Lande erleben wir ähnliche Steigerungen. Auch auf die Jugendlichen hat sich bereits diese Steigerung erstreckt. In Leipzig wurden in der Universitäts-Hautklinik 39 geschlechtskranke Jugendliche aufgenommen. 19 davon waren 17 Jahre, 13 davon 16 Jahre, 6 davon 15 Jahre und ein Patient 14 Jahre. Berechnet auf die Gesamtzahl der Geschlechtskranken der Klinik bedeutet das einen Anteil der Jugendlichen von rund 6 Proz. Man schätzt die Zahl der Geschlechtskranken in Deutschland auf rund 6 Millionen. In Deutschland waren 1919 rund 122 Beratungsstellen. 1918 kamen insgesamt 33078 Personen zur Beratung, d. h. es entfiel auf jede Beratungsstelle bloß täglich eine zu beratende Person. Die laufenden Kosten des Betriebes lediglich für die Beratungsstellen beliefen sich 1918 auf 362638 M.; die Behandlung, die außerhalb der Beratungsstellen in Krankenhäusern, bei Privatärzten usw. stattfindet, kostete ebenfalls Hunderttausende von Mark. Unter diesen Umständen würde jeder Patient rund 10 M. für seine Beratungen gekostet haben.

Anläßlich solcher Klagen über die Zunahme der Erbsyphilis erscheint sehr wichtig der Erlaß des Preuß. Wohlfahrtsministers vom 15. September 1920 (s. Volkswohlfahrt Nr. 14 vom 15. Oktober) betr. Maßnahmen zur rechtzeitigen Erkennung und Herbeiführung einer ärztlichen Behandlung der Erbsyphilis, welcher wie folgt lautet:

Beratungen in sachverständigem Kreise in meinem Ministerium haben einwandfrei ergeben, daß die sogenannte Erbsyphilis seit kurzer Zeit im Zunehmen begriffen ist, wie dies bei der Ausbreitung der Syphilis durch den Krieg und infolge der überstürzten Demobilmachung sowie der Infektion zahlreicher Ehemänner während des Krieges auch zu erwarten war.

Es erscheint deshalb geboten, alsbald die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um den hieraus drohenden Gefahren nach Möglichkeit zu begegnen. Die Hauptschwierigkeit ist darin zu finden, daß gerade die rechtzeitige Erkennung der Krankheit häufig genug nicht einfach und leicht ist, und nur dann gelingt, wenn überhaupt an die Krankheit bei zweifelhaften Fällen oder bei auffälligen Körperveränderungen der Säuglinge von den in Betracht kommenden Personen gedacht wird. Es bedarf daher der Schärfung dieser Aufmerksamkeit und des Hinweises auf die frühzeitige Einholung sachverständigen Rates.

Es werden deshalb zunächst diejenigen Personen mit den nötigen Kenntnissen zu versehen sein, die mit der Säuglingswartung und -pflege zu tun haben, um die Verdächtigen oder als sicher an Erbsyphilis Erkrankten dem Arzt zuzuführen. Daher werden zunächst die in der Ausbildung begriffenen Hebammen, Säuglingsfürsorgerinnen und Krankenpflegerinnen entsprechend zu unterrichten sein. Soweit solche Personen schon im Beruf stehen, wird bei Nachprüfungen, Fortbildungskursen und bei jeder sonst sich bietenden Gelegenheit die erforderliche Belehrung anzubringen sein.

Ich ersuche daher, die hierfür in Betracht kommenden Stellen, vor allen Dingen auch die Ärzte an den Säuglings- und Mutterberatungsstellen, mit entsprechendem Auftrag zu versehen. Hier empfiehlt sich besonders eine in regelmäßigen Abschnitten — etwa von einem halben Jahr — stattfindende Unterweisung des Pflege- und Fürsorgepersonals durch die leitenden Ärzte. Hinsichtlich der Nachprüfung der Hebammen mache ich auf die seinerzeit in den einzelnen Regierungsbezirken aus Zentralfonds beschafften Wachsmodelle, betreffend Geschlechtskrankheiten, aufmerksam, von denen einzelne zu Demonstrationszwecken geeignet sind.

Ein anderer preußischer Erlaß vom 24. August betrifft Anleitung für die Ausführung der Wassermannschen Reaktion, Vorschriften über die bei der Wassermannschen Reaktion zur Anwendung kommenden Extrakte und Ambozeptoren, sowie Anweisung für die Serumdiagnose des Fleckfiebers (Weil-Felixsche Reaktion). Die Befolgung dieser Anleitung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Vorschriften soll die Zuverlässigkeit der Untersuchung im gesundheitspolizeilichen und sozialhygienischen Interesse sicherstellen. (Die Anleitungen sind abgedruckt in „Volkswohlfahrt“ Nr. 13 vom 1. Oktober 1920.)

Dem Reichsrat wurde ein neues Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vorgelegt, das durch Änderung der §§ 180 und 361 Ziff. 6 des Reichsstrafgesetzbuches die Reglementierung der Prostitution tatsächlich aufhebt. Der § 180 soll einen Zusatz erhalten, daß das Vermieten von Wohnungen an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur dann als Kuppelei strafbar ist, wenn damit ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist. § 361 soll dahin geändert werden, daß nur derjenige mit Haft bestraft wird, der öffentlich in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet.

Ein neuerer Bericht über die Gesundheitsverhältnisse in Berlin hebt Zunahme der Volksseuchen, Abnahme anderer Krankheiten, Einfluß der Hungerjahre hervor und sagt insbesondere über die Geschlechtskrankheiten, das hervorstechendste Merkmal im allgemeinen Krankheitsbilde sei, wie von allen Krankenhausdirektoren hervorgehoben werde, die erschreckende Zunahme der venerischen Krankheiten, besonders der Lues. Sie tritt, wie die Prof. Bruhns und Kuttner hervorhoben, in allen Schichten der Bevölkerung auf, und kein Tag vergeht, an dem nicht jugendliche Personen beiderlei Geschlechts, oft schon im Alter von 14 oder 15 Jahren, wegen dieser Krankheiten in die Heilungshäuser eingeliefert werden. Im Gefolge dieser Krankheiten treten Herzklappenfehler, Arterien- und Leberveränderungen und die Rückenmarkschwindsucht unvergleichlich häufiger auf als vor dem Kriege.

Auch aus England wird starke Zunahme der Geschlechtskrankheiten namentlich bei Jugendlichen berichtet.

In den oben mitgeteilten Äußerungen von Dr. Dreuw erklärte dieser auch die Beratungsstellen für Geschlechtskranke für eine wenig erfolgreiche Einrichtung. Diese Frage wird eingehend von Dr. med. Max Hodann im „Archiv für Soziale Hygiene und Demographie“ (Bd. 14, Heft 1, S. 73 ff.) besprochen, der „die sozialhygienische Bedeutung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke“ unter besonderer Berücksichtigung der Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt Berlin behandelt.

Hodann bezeichnet es als ein Verdienst der Träger der deutschen Sozialversicherung, schon vor verhältnismäßig langer Zeit offen dafür eingetreten zu sein, daß die Geschlechtskrankheiten nur auf dem Wege der Fürsorge und der Aufklärung bekämpft werden können. Nach einem geschichtlichen Überblick über den Werdegang der Beratungsstellen für Geschlechtskranke, wobei namentlich auf die Wahrung strengster Verschwiegenheit bei der Beratung in psychologischem und sozialpolitischem Interesse hingewiesen wird, und nach einer Darstellung des Geschäftsganges der Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt Berlin gelangt Hodann zu dem Urteil, daß zwar viele Kranke, die sonst keinerlei Möglichkeiten der Hilfe hätten, zur Behandlung kommen, daß aber die Zahl der wirklich erfaßten Kranken in keinem Verhältnis zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten selber steht. Dabei ist hervorzuheben, daß die (an sich natürlich schwereren) Luesfälle in verhältnismäßig höherem Grade zur Behandlung kommen als die Fälle von Gonorrhöe. Hodann sagt u. a. wörtlich:

„Ohne also vorerst das erfaßte Krankenmaterial in Beziehung zur mutmaßlichen Krankenziffer Berlins setzen zu wollen, läßt sich jedenfalls feststellen, daß es bisher noch nicht gelang, der Gonorrhöiker in einem Maße habhaft zu werden, das der sozialhygienischen Bedeutung dieser Seuche entsprechen würde. Was die Erfassung der Lues betrifft, so ist zu sagen, daß die Zahl der zur Beobachtung kommenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fälle von Primäraffekt sehr klein ist. So fanden sich unter den 1918 gemeldeten Luetikern, von denen 422 floride Erscheinungen aufwiesen, nur 27 Männer und 7 Frauen mit primärer, akuter Lues. Es zeigte sich, daß auch diese entweder gar nicht oder ungenügend, nur lokal oder mit unzureichenden Quecksilberkuren behandelt waren. Gerade in diesen Fällen ist es, wie auch bei ganz frischen Trippern, wünschenswert, daß die Beratungsstellen von ihrem sonst verfolgten Grundsatz, nicht selbst zu behandeln, abweichen. Denn erstens ist es an und für sich ein peinlicher Gedanke, Schwerkranke, die zugleich im höchsten Grade ansteckend sind, mit einem guten Rat versehen wieder auf die Straße zu entlassen, andererseits wird aber hier kostbare Zeit verloren. Und da die Beratungsstellen doch schließlich zum Nutzen der Allgemeinheit eingerichtet sind, sollte es in solchen Fällen ohne Rücksicht auf vielleicht sich geltend machende gegenteilige Stimmen heißen: Salus publica suprema lex! ..... Blaschko berechnet in seiner Arbeit im 25. Bd. der Dermatologischen Zeitschrift die Zahl der gleichzeitig in Groß-Berlin lebenden Geschlechtskranken auf 32 000, indem er allerdings berücksichtigt, daß die Krankenziffer, die seiner Aufstellung als Unterlage diente, aller Wahrscheinlichkeit nach auf eine Einwohnerzahl von 4 Millionen bezogen werden muß, da sich innerhalb von Groß-Berlin auch viele außerhalb Wohnende behandeln lassen (Sonderdruck der erwähnten Arbeit, S. 57, Berlin, Karger, 1918). Nehmen wir nun die Einwohnerzahl von Berlin im engeren Sinne, also des Bezirkes, aus dem sich vornehmlich die Besucher der Beratungsstelle am Köllnischen Park rekrutieren, mit rund 2 Millionen an, so kämen wir schätzungsweise auf die Zahl von 16 000 Kranken, also 8 Proz. Blaschko berechnet den Zugang an frischen Fällen auf rund 100 000 jährlich für Groß-Berlin, und annähernd ebenso für Hamburg. Davon entfallen rund 70 Proz. auf Gonorrhöe und rund 20 Proz. auf Lues. Die Zahl der bisher — für das Rechnungsjahr 1918 — erfaßten Kranken der Berliner Beratungsstelle verhält sich also zur mutmaßlichen Ziffer der jährlichen venerischen Zugänge in Berlin wie 2735 zu rund 50 000, also zwischen 4 und 5 Proz. aller Neuerkrankungen. Jedoch wäre es verfrüht, über den Wert der Beratungsstellen ein abschließendes Urteil zu fällen. Nicht nur aus zeitlichen Gründen: Die Neueinrichtungen sind unter denkbar ungünstigen Verhältnissen getroffen worden, und es liegen erst die Erfahrungen von 2 bis 3 Jahren vor..."

Besprechungen.

Karl Kindermann (Hohenheim-Stuttgart). Die soziale Schöpferkraft im Aufbau Deutschlands und des Völkerlebens. München, Callwey, 1920.

Wenn schon lange der Ruf ertönt nach einem Buche, das alle Seiten unseres Volkslebens in Wirtschaft, Gesundheitswesen, Erziehung und Verfassungsleben umfaßt, hier ist es geschrieben. National empfindend, von ausgeglichenem sozialen Verantwortlichkeitsgefühl getragen, nimmt der Verf. Stellung zu allen Lebensfragen des schwer leidenden deutschen Volkes. Neben den sozialen und wirtschaftlichen Kräften unter Berücksichtigung leitender Tätigkeiten und der erzieherischen Arbeit werden die natürlichen Kräfte, wie Volksgesundheit, Rasse und Bevölkerung in ihrer Entwickelung und ihren Auswirkungsmöglichkeiten eingehend untersucht, um alle im Volksganzen gegebenen Möglichkeiten zur Überwindung der Niederlage und zu einem von abwägendem sozialen Geist getragenen Neubau aufzuzeigen. Wer sich aus der Zerrissenheit und Unüberschbarkeit der Einzelerscheinungen herausschnt, wer als Arzt seine Arbeit an der Volksgesundung eingliedern will in eine Gesamtauffassung von Sein und Werden des Volkes, der greife zu diesem Buche. Dresel (Heidelberg).

E. Friedberger. Zur Entwickelung der Hygiene im Weltkriege. Jena, Gustav Fischer, 1919. Brosch. 12 M.

Nach einer kurzen Betrachtung über die Gesundheitsverhältnisse in früheren Kriegen werden die Ursachen des günstigen Gesundheitszustandes im Weltkriege geschildert. Die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchungen und der Bazillenträger wird unter Vermeidung von manchmal heute zutage tretenden Einseitigkeiten gewertet. In dem Abschnitt über die Bedeutung der Schutzimpfung gegen Typhus und Cholera wächst sich die sachliche Kritik zu einer persönlichen Polemik aus, so daß es über den Rahmen einer kurzen Besprechung hinausgehen würde, hier die beachtenswerten Gedankengänge des Verf. von den überkritischen Urteilen zu trennen. Im Kapitel über die allgemeinen Fürsorgemaßnahmen im jetzigen Weltkriege sind manche lehrreichen behelfsmäßigen Anregungen enthalten. Was im 9. Abschnitt dieses

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kapitels über Läuse und Läusebekämpfung gesagt wird, nimmt allein den dritten Teil des ganzen Buches ein und zeigt sich als eine oft sehr geistreiche, manchmal sehr scharfe Kritik an der Frage nach dem Erreger des Flecktyphus. Der Leser, der hier mit dem Für und Wider nicht vertraut ist, wird wohl manche Anregung, aber kaum eine Überzeugung gewinnen. Dresel (Heidelberg).

Erwin Loewy-Hattendorf. Krieg, Revolution und Unfallneurosen. Veröffentl. a. d. Gebiete d. Medizinalverw., 11. Bd., 4. Heft. Berlin, R. Schoetz, 1920.

Mit sorgfältiger Berücksichtigung der umfangreichen Literatur gibt der Verf. einen interessanten Überblick über den Wandel in der Auffassung von den Behandlungsmethoden der Neurosen im Kriege und in der Nachkriegszeit. Der Abfindungsgedanke als Therapie wird in den Vordergrund gerückt und eine bessere Ausbildung der Ärzte in der Unfallheilkunde, der Neurologie und Psychiatrie gefordert.
Dresel (Heidelberg).

W. Hanauer. Die sozialhygienischen Leistungen der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung im Kriege und ihre Zukunftsaufgaben. Veröffentl. a. d. Gebiete d. Medizinalverw., 10. Bd., 7. Heft. Berlin, R. Schoetz, 1920.

In kurzer übersichtlicher Darstellung schildert der Verf. die bisherigen Leistungen der Versicherung auf dem Gebiete der Tuberkulose, des Alkoholismus, der Geschlechtskrankheiten, der Krebs- und Zahnkrankheiten, in der Gewerbehygiene und Unfallverhütung, als Mutterschutz und Säuglingsfürsorge, Kinder- und Wohnungsfürsorge, in der Bevölkerungspolitik und Kriegsbeschädigtenfürsorge. In jedem Kapitel werden die notwendigsten Zukunftsforderungen aufgestellt. Um sich schnell über das bisher Erreichte und künftig zu Gestaltende zu unterrichten, ist die Schrift recht brauchbar.
Dresel (Heidelberg).

A. Blaschko. Hygiene der Geschlechtskrankheiten. Weyls Handbuch der Hygiene, 2. Aufl., herausgegeben von A. Gärtner. Lief. 34, Bd. 8, 2. Abt. 553 S. 4 Kurven, 1 Abbild. Leipzig, J. A. Barth, 1920. Einzelpreis 45,60 M. und Teuerungszuschläge.

Den Hauptteil des zusammenfassenden Werkes nimmt eine Geschichte und Kritik der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten ein und ein Programm für ihre künftige Bekämpfung. Der erfahrene Verfasser hat ein glänzendes Werk geschaffen, das durch eine oft subjektive Färbung besonders interessant und lesenswert wird. Abel.

A. Gottstein und G. Tugendreich. Sozialärztliches Praktikum. 2. Aufl., 496 S., 6 Abbild. Berlin, J. Springer, 1921. Geh. 48 M., geb. 54 M.

Das in dieser Zeitschrift bei seinem ersten Erscheinen ausführlich gewürdigte Buch liegt schon nach weniger als 3 Jahren in zweiter Auflage vor, ein Beweis für seine Notwendigkeit und Güte. Die neue Auflage ist schon durch Aufnahme der neuen gesetzlichen usw. Vorschriften wesentlich vergrößert, aber auch im übrigen mannigfach umgestaltet worden. So ist z. B. ein einleitender Abschnitt über den Kommunalarzt und die Organisation des gemeindlichen Gesundheitsdienstes neu aufgenommen worden, ferner sind Abschnitte über Fürsorge für Psychopathen und Schwachsinnige, bearbeitet von Stier, u. a. m. hinzugekommen. Dagegen ist den veränderten Zeiten gemäß die „Bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge" fortgelassen worden.
Man wird auch der neuen Auflage weite Verbreitung und schnellen Absatz verheißen können. Abel.

Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen für Ärzte, Schwestern und für die Familie. Begründet vom Geh. Medizinalrat Dr. L. Pfeiffer in Weimar. Herausgegeben von Sanitätsrat Dr. R. Eberle, Großherzogl. Sächs. Leibarzt usw. usw. Zehnte, völlig umgearbeitete und verbesserte Auflage. Mit einem Porträt, zahlreichen Abbildungen und zwei anatomischen Tafeln. Weimar, Hermann Böhlaus Nachf., 1920. Geb. einschl. Verleger- und Sortimenterzuschlag 20 M.

Referent hatte bei der vorletzten Auflage an dieser Stelle schon Gelegenheit, auf den neu erschienenen alten Pfeiffer aufmerksam zu machen. Es erübrigt sich daher ein erneutes Eingehen auf die Vorzüge des genannten Krankenpflegebuches. Es gehört zu den besten auf diesem Gebiete erschienenen Büchern. Merkel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 8
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des achten Heftes.

Seite

Der öffentliche Arzt und die öffentliche Gesundheitspflege. Von Obermedizinalrat Dr. Moritz Henkel in Garmisch 253

Sozialhygienische Mitteilungen über das Wohnungswesen in der Stadt Fürth i. B. Von Obermedizinalrat Dr. Spaet 268

Chronik der Sozialen Hygiene. Von Dr. Alexander Elster, Berlin . 284

Besprechungen:

G. Siebermeister, Düren: Tuberkulose, ihre verschiedenen Erscheinungsformen und Stadien sowie ihre Bekämpfung. [Fürbringer (Römhild)] 288

C. Flügge: Grundriß der Hygiene. (Abel) 288

Kleinere Mitteilungen 288

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege
1921. Heft 8.

Der öffentliche Arzt und die öffentliche Gesundheitspflege.

Von Obermedizinalrat Dr. Moritz Henkel in Garmisch.

Es wird allgemein als eine der größten Errungenschaften der neueren Zeit angesehen, daß die Hygiene — viele schreiben nach dem Muster der Alten, Hippokrates und Galen, Hygieine — so sehr in den Vordergrund der medizinischen und allgemeinen Wissenschaft getreten ist.

Man darf dies der fortschreitenden Kultur zuschreiben und erkennt das auch aus der Geschichte.

Dort, wo die menschliche Kultur, die Pflege von Wissenschaft und Kunst, die Verfeinerung der Sitten und Lebensführung, das wachsende, in weitere Kreise dringende Bedürfnis nach Hebung und Verfeinerung des Daseins in Erscheinung getreten ist, mußte auch die Lebenskunst, die Erhaltung und Förderung der menschlichen Gesundheit, die Hygiene, Beachtung und Pflege finden.

Die echte Kultur bringt nicht nur das Streben mit, den eigenen Leib, die eigene Gesundheit, das Wohl der eigenen Familie zu pflegen, sondern auch das Streben zur Wohlfahrt des ganzen Volkes. Zunächst im eigenen Interesse. Es führt aber auch zu altruistischen Gefühlen und Gefühlsäußerungen, zu allgemein zweckmäßigen Einrichtungen und charitativen Werken.

Ein alter Spruch lautet: Cultura producit mala ea que pellit.

Mit der Kultur kommen Übel, die am Marke des Volkes zehren — Verweichlichung, Genußsucht; die Lebensweise der Großstädte führt zu rascher Minderung der Geburten!

Da gilt es, die Schäden der Kultur zu bannen — durch entsprechende Maßnahmen.

Eine systematische Unterscheidung von öffentlicher und privater Gesundheitspflege ist unbegründet. Die gleichen Gesundheitsregeln gelten für den einzelnen, wie für die Gesamtheit.

Zur öffentlichen Gesundheitspflege gehören auch öffentliche Gesundheitspfleger.

Im Wesen der öffentlichen Gesundheitspflege liegt es, daß sie einerseits als eine öffentliche, eine staatliche Einrichtung, andererseits als eine Sparte der Heilkunde, der ärztlichen Aufgaben zu betrachten ist.

Demgemäß ist der öffentliche Arzt, der Gesundheitsbeamte, das berufene Organ der öffentlichen Gesundheitspflege, der Facharzt auf diesem Gebiete.

Das Institut der Amtsärzte, der Physici, ist in deutschen Landen ein altes. Es ist anregend, die Entwickelung des beamteten Arztes für die öffentliche Gesundheitspflege aus den älteren Einrichtungen zu verfolgen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man kann daraus ersehen, daß man schon in früheren Zeiten keineswegs blind und achtlos gegen die Bedeutung der Gesundheitspflege war, daß wir, wie auf allen Gebieten — weit mehr, als die Jüngeren glauben —, auf den Schultern der Älteren stehen.

Ein Collegium medicum et sanitatis, ein „Medizinaledikt" bestand schon gegen Ende des 17. und bei Beginn des 18. Jahrhunderts in Brandenburg-Preußen!

Am 8. September 1808 erschien „Das organische Edikt" über das Medizinalwesen im Königreich Bayern, nach Dr. Oegg „ein unübertroffenes Edikt, ein Vorbild für manch andere Staaten, eines der glänzendsten Denkmale, welches eine erleuchtete Staatsregierung der Humanität setzen konnte!" Es trennte nach damaligen Begriffen den Geschäftskreis der Gerichtsärzte noch in Statistik, Polizei und Justiz. Es sind aber schon bedeutsame Anfänge einer freien Auffassung gegeben.

Im Eingang des Ediktes heißt es: „Wir finden uns bewogen, einem der wichtigsten Teile der Staatspolizei, dem Medizinalwesen, um so mehr unsere vorzügliche Aufmerksamkeit zu widmen, als durch eine gute Bestellung desselben die ersten Bedingnisse zum individuellen Wohl eines jeden einzelnen Staatsbürgers, im Zusammenhang mit dem allgemeinen, allein erreicht und dauernd erhalten werden können."

Eine bemerkenswerte Bestimmung des Ediktes lautet: „Wir machen die Vorstände der medizinischen Sektionen an unseren Universitäten besonders verantwortlich, zu den medizinischen Studien nur solche Subjekte zuzulassen, welche ohne Gebrechen des Körpers und der Sinne vorzügliche Anlagen des Geistes besitzen. Die ärztlichen Staatsbürger befassen sich mit dem mühevollsten und gefährlichsten Teile der Dienstleistungen im gesellschaftlichen Verbande!"

Es wurden damals — abgesehen von den oberen Referenten bei dem Ministerium und den Regierungen — Stadt- und Landgerichtsärzte ernannt — für die Stadtbezirke und die Landkreise. Unter den Aufgaben derselben sind angeführt: „Fortwährende Witterungsbeobachtungen nach bestimmten Vorschriften ...., Aufsicht auf alle der Sanitätspolizei untergeordneten Staatsanstalten, auf Krankenhäuser, Schulhäuser, Leichenhäuser, Begräbnisplätze, Gefängnisse, ferner auf die Waisenkinder, auf die Badeanstalten."

„Die Gerichtsärzte sind in allen Fällen zuständig, in welchen die Polizeistellen ärztliche Gutachten brauchen, z. B. Untersuchung verkäuflicher Nahrungsmittel und Getränke, das Bewohnen neugebauter Häuser ...."

Es ist ein Jahresbericht nach genauem Plan mit umfassenden statistischen Arbeiten zu erstellen .... der Gerichtsarzt hat die Anzeigen kontagiöser Krankheiten entgegenzunehmen .... „Über die Wichtigkeit der gerichtsärztlichen Tätigkeit bei Epidemien, über deren Bekämpfung wird besondere Verordnung erfolgen."

Die Schutzpockenimpfung als allgemeiner Zwang war durch Landesgesetz bereits eingeführt! (1807).

Es sei gestattet, zunächst auf die weitere Entwickelung der amtsärztlichen Organisation in Bayern hinzuweisen.

Im Beginn der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts wurde die Trennung von Justiz und Verwaltung im Königreich Bayern durchgeführt. Bis dahin

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hatte das Königl. Bayer. Landgericht diese beiden Teile unter einem Chef der äußeren, unteren Behörde, dem „Herrn Landrichter“ umfaßt. Diese Trennung war ein gewaltiger Fortschritt! Namentlich die Verwaltungsbehörden, die Bezirksämter, nahmen in ihrer Wirksamkeit für das öffentliche Wohl einen hohen Aufschwung.

Von dieser Zeit datiert auch die Trennung von Gerichts- und Bezirksärzten in Bayern. Zunächst geschah diese Trennung nur für die größeren Städte und Gerichte; in der weiteren Entwickelung aber, besonders seit der im Deutschen Reiche eingeführten Justizorganisation 1880, wurde in der Regel am Sitze eines Landgerichts auch ein Landgerichtsarzt bestellt und ausschließlich für die gerichtsärztlichen Geschäfte bestimmt. Bei den „unmittelbaren Städten“ und den Bezirksämtern walteten staatliche Bezirksärzte ihres Amtes.

Die letztgenannten hatten ganz vorwiegend den Verwaltungsdienst und damit auch die öffentliche Gesundheitspflege und Sanitätspolizei. Ein besonderes Gewicht war traditionell auf die Erstattung des amtsärztlichen Jahresberichtes gelegt.

Noch in der Ministerialentschließung vom 19. Oktober 1878 „Die Jahresberichte der amtlichen Ärzte“ ist als Ziffer IV angeführt:

„Öffentliche Gesundheit und Sanitätspolizei: Hier haben die Bezirksärzte über ihre amtliche Tätigkeit im Verwaltungsdienst während des verflossenen Jahres zu berichten und hierbei insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen: 1. Nahrung (Grundsätze der Ernährung nach Voit. Ernährung der Kinder im ersten Lebensjahre. Kostkinderwesen. Lebensmittel. Getränke. Marktpolizei). 2. Wohnungsverhältnisse. 3. Kleidung und Hautpflege (Bäder, Badeanstalten). 4. Wasserversorgung. 5. Behandlung der festen und flüssigen Abfälle der Wohnungen. 6. Beschäftigung und Gewerbe (Fabrikanlagen). 7. Schulen. 8. Öffentliche (gemeindliche und staatliche) zum Aufenthalt und zur Verpflegung von Menschen bestimmte Anstalten (für Sanitätsanstalten, Krankenhäuser ist ein eigener Abschnitt vorgesehen). 9. Ärztliche Behandlung der kranken Armen. 10. Prophylaxe gegen Epidemien und ansteckende Krankheiten. 11. Arzneiwaren und Gifte. 12. Kurpfuscherei (Volks-, Haus- und Geheimmittel). 13. Begräbnisplätze (Leichenschau). 14. Tätigkeit der Ortsgesundheitskommissionen.

Über die Aufstellung solcher Kommissionen war schon eine staatliche Verordnung vom 15. Juni 1875 erschienen. Die Errichtung dieser wurde nicht nur in Städten und Märkten, sondern auch auf dem Lande als wünschenswert bezeichnet. Es wurde eine Reihe von Gesichtspunkten in der Verordnung dargelegt, nach welchen solche Kommissionen entstehen sollten. Sie sollten sich mit den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege befassen und den Gemeinden und Behörden anregend, begutachtend, unterstützend zur Seite stehen. Ihre Aufgabe soll die Erforschung aller sanitären Mißstände, die Beratung und Begutachtung der Mittel zu deren Beseitigung sein.

Geradezu vorbildlich entwickelt ist in Bayern das Leichenbeschauwesen. Seit nahezu 100 Jahren sind in jeder Gemeinde des Königreichs Leichenschauer — in der Regel ärztliche — bestellt. Die oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung von 1885 dürfen als mustergültig bezeichnet werden. Sie haben dazu geführt, daß in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Städten und größeren Orten allgemein rasche Beisetzung der Verstorbenen in den Leichenhäusern der Friedhöfe stattfindet, prompte Beerdigung und Anzeigepflicht der Leichenbeschauer bei nicht natürlichen oder verdächtigen Todesfällen und bei ansteckenden Übeln erfolgt.

Das preußische Gesetz vom 16. September 1899 bestimmt: „Der Kreisarzt ist der staatliche Gesundheitsbeamte, der technische Berater des Landrats, in Stadtkreisen der Polizeibehörden .... Eine Gesundheitskommission ist in jeder Gemeinde mit mehr als 5000 Einwohnern zu bilden; in kleineren Gemeinden kann eine solche Kommission gebildet werden. Der Kreisarzt kann an allen Sitzungen der Gesundheitskommission teilnehmen und darf jederzeit die Zusammenberufung derselben verlangen."

Die Schaffung solcher Kommissionen zeigt das Verständnis für die Wichtigkeit der öffentlichen Gesundheitspflege, zugleich aber auch die Schwierigkeiten derselben. In Bayern sind die Kommissionen nicht in Aufschwung gekommen, und selbst dort, wo sie in gutem Glauben und redlichem Eifer begannen, sind sie meist an Lebensschwäche wieder eingegangen. Recht viel besser soll es in Preußen auch nicht damit bestellt sein.

Der preußische Kreisarzt ist als öffentlicher gerichtsärztlicher Sachverständiger verpflichtet. Die einschneidende und weit durchgeführte Trennung von Gerichts- und Verwaltungs- (Bezirks-) ärzten, wie in Bayern, ist in Preußen nicht durchgeführt, und nur bei großstädtischen Gerichtszentren sind eigene Gerichtsärzte angestellt.

Einen ganz wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege zeigt uns die preußische Dienstanweisung für die Kreisärzte — vom 1. September 1909 (an Stelle jener von 1901). Die einzelnen Bestimmungen erstrecken sich auf das ärztliche und nichtärztliche Personal, Desinfektoren und Leichenschauer, Krankenpflegepersonen, Apotheker.

Abschnitt XVIII regelt die Ortsbesichtigungen! Die Kreisärzte haben die einzelnen Ortschaften des Bezirkes in angemessenen Zwischenräumen zu besichtigen — in der Regel alle fünf Jahre. Die Besichtigung hat sich auf alle für das öffentliche Gesundheitswesen wichtigen Verhältnisse und Einrichtungen zu erstrecken. Der Plan ist im Einvernehmen mit dem Landrat festzustellen.

In weiteren Abschnitten behandelt die Dienstanweisung Wohnungshygiene, Wasserversorgung, Verkehr mit Nahrungsmitteln, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Schutzpockenimpfung, Überwachung der Prostitution, Gewerbehygiene, Schulhygiene, Kleinkinderfürsorge (Haltekinderwesen, Säuglingsfürsorge), Fürsorge für Kranke, Sieche und Krüppel, für Geisteskranke, Epileptische, Idioten, öffentliches Badewesen, Heilquellen, Kurorte, Begräbniswesen.

Erst in Abschnitt XXXIV ist die vertrauensärztliche Tätigkeit des Kreisarztes behandelt. Und hier zeigt sich ein weitgehender Unterschied zwischen den bayerischen und preußischen amtsärztlichen Verhältnissen zum Vorteile des preußischen Systems.

Es ist nicht meine Absicht, die intimeren Umstände der amtsärztlichen geschäftlichen Organisation hier ausführlich darzulegen; ganz unerwähnt kann ich aber folgendes nicht lassen. Während der bayerische Bezirksarzt, besonders der großen Ämter, schwer belastet ist mit ex officio und unentgeltlich zu leistenden Untersuchungen, Begutachtungen und Zeugnis-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausstellungen bei Anstellung, Erkrankung, Urlaub, Ruhestandsversetzung, Besichtigungen verschiedener Art im Auftrage aller Ministerien und Behörden, gehört nach preußischer Bestimmung diese vertrauensärztliche Tätigkeit nicht zu den Obliegenheiten, welche mit dem Amt des Kreisarztes streng verbunden sind. Die vertrauensärztlichen Verrichtungen, wie die Gebühren hierfür, sind genau bezeichnet.

Der trefflichen preußischen Dienstanweisung nachgebildet ist die bayerische Ministerialbekanntmachung über den bezirksärztlichen Dienst vom 23. Januar 1912. Sie bestimmt in § 1: „Der Bezirksarzt ist der technische Gesundheitsbeamte für den Bezirk der Distriktsverwaltungsbehörde."

Amtsarzt bei den Gerichten ist er nur, insofern nicht bei diesen der amtsärztliche Dienst von einem anderen versehen wird.

In § 19 sind die selbständig zu erledigenden Verwaltungsgeschäfte bezeichnet.

Nach § 20 sind Gemeindebesichtigungen — in der Regel dreijährig — vorgesehen. Es sind „die in Betracht kommenden Anstalten, Einrichtungen und Personen" zu besichtigen. Die Besuche sollen gewöhnlich gemeinsam mit den Beamten der Distriktsverwaltungsbehörden ausgeführt werden; auch ist ein Plan für die Besichtigungen aufzustellen. Im übrigen ist diese Dienstanweisung ganz ähnlich der preußischen in bezug auf die Pflichten und die Sorge für das öffentliche Gesundheitswesen. Der Bezirksarzt hat den Sitzungen der Gesundheitskommission seines Wohnsitzes auf Einladung beizuwohnen.

Der „Jahresbericht" ist gegen früher vereinfacht, dem preußischen ähnlich, mehr tabellarischer Art. Diese Vereinfachung kann ein alter bayerischer Amtsarzt nicht als Fortschritt bezeichnen! Der Abbau der Jahresberichterstattung muß dort, wo nach Vorschrift gearbeitet wurde, wo jene Sorgfalt darauf verwendet wurde, die Verordnung und Plan erheischt, als Lücke empfunden werden, als Lücke gerade bezüglich derjenigen Dinge, die wir im öffentlichen Gesundheitswesen amtsärztlich behandeln sollen.

Bisher — bis 1912 — waren in Bayern die pro physicatu geprüften praktischen Ärzte — unter Androhung der Nichtberücksichtigung bei der Anstellung — gehalten, alljährlich — nach dem Schema des amtsärztlichen Jahresberichtes, soweit ihr Bereich und ihre Wahrnehmungen gehen — Bericht zu erstatten und diesen durch den Bezirksarzt der Regierung in Vorlage zu bringen. Waren in einem Bezirk mehrere solcher Ärzte, so erfuhr der Bezirksarzt von berufener Seite regelmäßig den gesundheitlichen Stand dieser Teile des Amtes, er konnte es für seine Zwecke verwerten. Nunmehr müssen die Physikatsbewerber an Stelle des bisherigen obligaten Jahresberichtes ein von der Zentralstelle für ganz Bayern gestelltes Thema aus dem öffentlichen Gesundheitswesen bearbeiten. Der Jahresbericht nach der früheren Vorschrift erforderte mannigfache gründliche Arbeit, sorgliches Sichten und Sammeln, beschäftigte den Amtsarzt mehrere Monate und ließ ihn genaue Einkehr in die Zustände seines Bezirkes halten. Es kommt eben alles darauf an, wie es gemacht wird!

In Bayern ist für jeden Sitz einer Distriktsverwaltungsbehörde wenigstens ein Bezirksarzt bestellt, der in gleichem Rang und Gehalt mit seinen Kollegen steht. Dabei sind die Verwaltungsbezirke durchschnittlich an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bevölkerungszahl geringer als in Preußen, was gewiß für die Verwaltung und Fürsorge vorteilhaft genannt werden muß.

Hinsichtlich der Art und des Grades, des Ausmaßes der amtsärztlichen Geschäfte herrscht freilich ein gewaltiger Unterschied. Es gibt wohl keine Beamtenkategorie, wo dieser Unterschied ein so auffälliger ist.

Es ist in Deutschland oft und wiederholt darüber beraten worden, ob die amtlich angestellten Ärzte Privatpraxis ausüben dürften oder nicht. So schwer das glatt zu entscheiden ist, die wirklichen Verhältnisse erleichtern die Lösung dieser Frage sehr. Wir haben jahrzehntelang in Bayern noch Bezirksämter gehabt, in welchen der Bezirksarzt überhaupt der einzige Arzt gewesen ist! Es gibt ferner eine Reihe ländlicher Bezirke, ich nenne hier vornehmlich die Alpengegenden mit dem sommerlichen und winterlichen Fremdenverkehr, in welchen der Bezirksarzt ohne Teilnahme an der praktischen Tätigkeit die Gegend, Land und Leute, gar nicht genügend kennen lernen würde. Wird nun der Amtsarzt von einem ländlichen Bezirk in eine Stadt versetzt, wohin er schon wegen der Mittel- und Hochschulen für seine Kinder strebt, so findet er die Praxis, auch die Krankenanstalten, Spitäler, die anstaltsärztlichen Stellen in festen Händen; seine amtliche Arbeit ist bedeutend vermehrt; in der Großstadt wächst diese in einem Grade, daß eine Tätigkeit in ärztlicher Praxis nicht mehr übernommen werden kann. Mit der zunehmenden Inanspruchnahme des öffentlichen Arztes, wie sie bisher schon zu beobachten war, wie sie — hoffentlich! — in Zukunft noch mehr kommen wird, wird die Ausübung ärztlicher Praxis aufs äußerste beschränkt. Der Facharzt hat sich seit Jahrzehnten immer mehr entwickelt — und so ist von dem ehemaligen, im 19. Jahrhundert noch allenthalben florierenden Herrn Physikus, der als Respektsperson zugleich der gesuchteste Arzt war, nichts mehr verblieben.

Und die Art der amtlichen Tätigkeit, wie sie die neueste Zeit in der Fürsorge gestalten soll, wird den öffentlichen Arzt als Konkurrenten der praktischen Ärzte ausschalten.

Für Preußen galt bisher die staatliche Verordnung: „In Bezirken, in denen besondere Verhältnisse es erfordern, können voll besoldete Ärzte aufgestellt werden."

Es kann hier nicht die Absicht sein, von amtsärztlichem Gehalt und von Gebühren eingehend zu sprechen. Es ist nur darauf hinzuweisen, daß ärztliche Praxis dem vollbesoldeten Kreisarzt untersagt ist.

Diese „Duplizität" der voll besoldeten und nicht voll besoldeten Kreisärzte ist entschieden zu verwerfen. Sie geht von dem unhaltbaren Standpunkte aus, daß der größere Teil der Amtsärzte nicht voll beschäftigt sei und sein müsse. Es wird Aufgabe des Staates in allen deutschen Gebieten sein, die öffentlichen Ärzte so zu verteilen, daß sie überall voll beschäftigt sind. Die Zunahme der Amtsgeschäfte wird das in Zukunft sehr erleichtern. Wo ein Amtsarzt an einem Orte nicht ausreicht, müssen mehrere bestellt werden.

Man kann, besonders im Hinblick auf Bayern, den Vorhalt machen, daß die Amtsärzte bisher etwas spät zu ihrem Amte gelangen. Bisher verstrichen in der Regel 20 Jahre ununterbrochener angestrengter Praxis, bevor der Anciennität nach ein gut qualifizierter Bewerber zu seiner amtlichen Würde und Bürde gelangt ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es möchte aber doch niemand — bei aller Hochachtung vor den hervorragenden Männern der Wissenschaft und Schulweisheit, die uns die Waffen schmieden zum Kampfe gegen die Feinde der menschlichen Gesundheit — den Vorteil, ja die Notwendigkeit verkennen, daß Männer der Praxis als praktische Fachärzte der öffentlichen Gesundheitspflege bestellt werden. Es ist daher die preußische Bestimmung bei den Voraussetzungen der Anstellung als Kreisarzt, daß eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit als Arzt vorangehen müsse, wohl begründet.

Es kann nicht umgangen werden, hier auch von den vielfach geäußerten Plänen und Wünschen zu sprechen, die Stelle des Kreisarztes, des Bezirksarztes durch Umwandlung in ein Medizinalamt zu „heben". Man will dadurch die Tätigkeit des öffentlichen Arztes selbständiger machen.

So verlockend das in mancher Beziehung gerade den Amtsärzten erscheinen mag, so bedenklich und schwierig gestaltet es sich, wenn man der Sache näher tritt.

In der bayerischen Instruktion der Gerichtsärzte zum organischen Edikt (6. Oktober 1809) heißt es: „Da die Stellen der Gerichtsärzte nur beratend und nicht exequierend sind, so haben diese alle Verfügungen, welche die Ausübung ihres Amtes notwendig macht, durch die betreffenden Untergerichte oder Polizeistellen zu veranlassen. Diese requirieren dagegen zu den geschäftlichen Verhandlungen die ersten. Bei Anständen und Kollisionen wird Bericht zu den betreffenden Kreisstellen erstattet." Dabei ist es geblieben.

Die Tätigkeit des öffentlichen Arztes scheint hierdurch erheblich beschränkt — eingeengt. Es haben sich im Laufe der Jahre tatsächlich nicht selten Kollisionen ergeben, insbesondere, wenn die Polizeistelle, die Verwaltungsbehörde den Anregungen der Amtsärzte zu wenig Rechnung trug, ja sogar Widerstand leistete, wenn gegensätzliche Meinungen aufeinanderstießen. Dabei wurde in Bayern im Laufe der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts eine Wahrnehmung gemacht, die nicht zu verschweigen ist. Während der Herr Bezirksarzt noch häufig voll bewußter Hahn im Korbe der großen allgemeinen Praxis war und sein Amt, das ihn wirklich nicht voll beschäftigte, nebensächlich behandelte, war durch die bereits geschilderte Trennung von Justiz und Verwaltung das Bestreben der Verwaltungsbeamten hervorgetreten, gründlicher als bisher den Bedürfnissen der modernen Zeit in bezug auf die öffentliche Fürsorge, die Hygiene, entgegenzukommen. Einsichtige und eifrige Bezirksamtmänner leisteten darin Erfreuliches und drängten dabei das bezirksärztliche Wirken in den Hintergrund. Sie hatten den Distrikt, den „Distriktsausschuß" hinter sich! Der Bezirksarzt wurde zu wenig gefragt und — fragte oft zu wenig danach!

Wenn heute aus dem Amtsarzt ein Medizinalamt geformt würde, so würde jener in Zukunft nicht Gutachten schreiben, sondern Verfügungen erlassen. Von den Unannehmlichkeiten und Schwierigkeiten, die das mit sich bringt, hat mancher Kollege keine Vorstellung! Die Gesundheitsverwaltung greift in ganz anderer Weise, in weit mächtigerem Umfang in das bürgerliche und menschliche Leben ein, als die ärztliche Kunst am Krankenbett und im Spital.

Die öffentliche Gesundheitsverwaltung kann nur unter strenger Beachtung bestehender Vorschriften und unter steter Einhaltung der Grundsätze wohlerfaßter Verwaltungskunst geführt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der vorzüglichste, von unbefangenem, frischem Streben beseelte, in ärztlicher Praxis geübte und mit Menschenkenntnis ausgestattete angehende Amtsarzt entbehrt der hierzu notwendigen Erfahrungen. Er ist seinem Berufe, seiner Vorbildung und seinen erworbenen Kenntnissen nach nicht imstande, selbständig zu amtieren mit Anordnung und Vollzug. „Die allgemeine Gesundheitsverwaltung ist mit tausend Fäden mit der allgemeinen Verwaltung verknüpft" (Wetzel).

Im Januar 1920 erschienen Vorschläge des bayerischen Medizinalbeamtenvereins zum Ausbau des Medizinalwesens in Bayern. Den Abschnitt von den Bezirksärzten leitet der Satz ein: „Die Bezirksärzte sind aus ihrer Stellung als technische Berater der Verwaltungsbehörden in eine selbständige Stellung zu heben." Des weiteren steht: „In allen gesundheitlichen Fragen des Amtsbezirkes erhält der Bezirksarzt der Verwaltungsbehörde gegenüber entscheidende Stimme. . . . Der Kreis der selbständig von den Bezirksärzten zu erledigenden Dienstaufgaben, wie er bereits in § 19 der Dienstanweisung aufgeführt ist, ist zu erweitern. Dies kann geschehen a) in der Überwachung der Berufsausübung der Hilfspersonen im Gesundheitswesen (An- und Abmeldung, Zulassung von Hebammen und Desinfektoren usw.); b) auf dem Gebiete der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten; die Anzeigen sollen unmittelbar an den Bezirksarzt gerichtet werden; die Schutzmaßnahmen sollen von dem Bezirksarzt unmittelbar durch die Ortspolizeibehörden angeordnet werden . . . . Einschneidendere Maßnahmen werden auf bezirksärztlichen Antrag von der Bezirkspolizeibehörde vollzogen."

Nun, solche Forderungen sind, soweit sie durchführbar sind, keine bedeutungsvollen. Zunächst werden sie nur erhebliche Kosten verursachen, da der Bezirksarzt einen umständlicheren amtlichen Apparat, Kanzlei, Schreibhilfe haben müßte.

Es sind aber auch Unklarheiten in den vorgeschlagenen Sätzen, so: der Bezirksarzt enthält „entscheidende" Stimme. Wie hat man sich das vorzustellen? Eine solche Stimme hatte er wirklich bisher schon, namentlich dort, wo er sich der Sache tüchtig annahm. Es heißt in den Vorschlägen: „Einschneidende Maßnahmen bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten werden von der Polizeibehörde vollzogen." Solche einschneidende Maßnahmen sind nicht selten die allerersten, rasch und unmittelbar zu vollziehenden, so die strenge unverzügliche Absonderung der Kranken und Krankheitsverdächtigen bei Pocken und anderen gemeingefährlichen Krankheiten. Da braucht man die Polizeibehörde sonach schon von Anfang an!

Gewiß, die Art der Anzeigeerstattung sollte möglichst rasches Eingreifen des Amtsarztes ermöglichen. Im Zeitalter des Telephons sollte von diesem weit mehr Gebrauch gemacht werden!

Nach meiner Erfahrung hat der Bezirksarzt beim Auftreten gemeingefährlicher und übertragbarer Erkrankungen, namentlich der Pocken, Arbeit, Sorge und Verantwortung genug. Er hat schleunigst den „Ausbruch der Krankheit" festzustellen; auf seinen Ausspruch, auf seinen berichtlichen Antrag hin werden die umfassendsten Maßregeln bei geordneten Verhältnissen der Polizeibehörde genauest und schleunigst durchgeführt!

Welche Unannehmlichkeiten und Umständlichkeiten würden selbständige Polizeimaßregeln dem Amtsarzt im Apotheken-, Hebammen-, Kurpfuscherwesen auferlegen!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die genannten „Vorschläge“ führen unter den selbständig von den Bezirksärzten zu erledigenden Dienstesaufgaben noch an: c) Der Bezirksarzt muß selbständiger Leiter des Fürsorgewesens in seinem Amtsbezirke sein.

Hier gelangen wir auf ein anderes, aktuelles, auf das bedeutungsvollste Gebiet, das fast unendlich große Gebiet der allgemeinen, der ärztlichen und der amtsärztlichen

Fürsorge.

Auch unsere Vorfahren im ärztlichen Beruf erkannten wohl die Bedeutung des wissenschaftlichen Strebens, den Krankheiten der Menschen vorzubeugen. Gerade das 18. Jahrhundert, welches auch in der allgemeinen Weltweisheit, der Philosophie, Fortschritte brachte und in neue Bahnen lenkte, hat sich darin hervorgetan.

Hieronymus David Gaub, geb. am 24. Februar 1705 in Heidelberg, Professor der Chemie und Medizin in Leyden, gab um die Mitte des Jahrhunderts ein Werk heraus: Institutiones pathologiae medicinalis (Anfangsgründe der medizinischen Krankheitslehre). Es ist lateinisch geschrieben und wurde weit bekannt in vielen holländischen, deutschen und französischen Ausgaben.

Gaub lehrt eingangs: »Das ganze System der Arzneikunde zerfällt in »zwei Teile, wovon der erste Teil alles enthält, was zur Lehre vom gesunden »Menschen gehört — Hygieine, der zweite alles, was in Krankheiten vor»kommt — Jatrike: Gesundheitslehre und Heilkunde. Die Gesundheitslehre »begreift im weiteren Verstande die ganzen Pflichten des Arztes in Rück»sicht auf den gesunden Menschen und lehrt Physiologie — Naturlehre des »Menschen, physiologische Zeichenlehre (Semiotica physiologica) und die »Hilfsmittel und Vorschriften, wie Leben und Gesundheit so lange wie »möglich unversehrt erhalten werden können.«

»Dies ist die Lebensordnung (Diaetetica, Hygieine) und deren Grund, »eine gut geordnete Kenntnis der Nahrungsmittel (Materia alimentaria), des »Schädlichen und Unschädlichen der Lebensart .... die Gesundheitslehre »muß vorangehen! Wer die Gesunden zu erhalten weiß, der hat schon »vieles inne, was zur Besorgung der Kranken gehört .... die Ärzte sind »Diener der Natur.«

Die Richtpunkte, wie sie Gaub darlegte, sind für seine Zeit bezeichnend. Sie führten zunächst zur Ausbildung der Physiologie, der Kenntnis von den Lebenserscheinungen, der Tätigkeit im normalen lebenden Organismus des Menschen. Sie führten zu dem Meisterwerke Albrecht v. Hallers, welcher die physiologische Disziplin zu einer Vollendung brachte, wie sie eben bei den damals zu Gebote stehenden Mitteln der Forschung menschenmöglich war. Er stand stark an der Erkenntnis, welche in unserer Zeit mit Hilfe der Chemie und Mikroskopie erreicht wurde. Der Sauerstoff war damals noch nicht entdeckt! Wie nahe kommt aber der große Mann der Wahrheit! „Das Blut saugt einen feinen Dunst aus der Luft, der seinen noch nicht bekannten Nutzen haben muß.“ „Die Luft scheint eine gewisse Kraft zu haben, wodurch die Nahrungsteilchen mit den festen Teilen verbunden werden.“ Wie genau beschreibt Haller das Nervensystem, das Herz, Absonderung, Aufsaugung, Muskelbewegung!

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts erschien Chr. Wilh. Hufelands „Kunst, das menschliche Leben zu verlängern.“

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hufeland nennt das menschliche Leben, physisch betrachtet, eine eigentümliche animalisch-chemische Operation, bemerkt aber gleich dazu, der Mensch und seine höheren moralischen Zwecke lassen sich auch physisch nicht trennen. „Ohne moralische Kultur steht der Mensch unaufhörlich mit seiner eigenen Natur im Widerspruch, sowie er hingegen durch sie erst auch physisch der vollkommenste Mensch wird."

Hufeland geht schon auf statistische Ergebnisse, auf Säuglingsernährung, das Wesen der Contagien und der Seuchenbekämpfung ein, wobei er laut verkündet: „Die erste Regel, sich vor Ansteckung zu schützen, sei: man beobachte die größte Reinlichkeit!"

In seinen alten Tagen (1827) schrieb Hufeland noch „Von den Krankheiten der Ungeborenen und der Vorsorge für das Leben und die Gesundheit des Menschen vor der Geburt."

Wenn sonach die wissenschaftliche Forschung und das Streben für die Erhaltung der menschlichen Gesundheit im 18. Jahrhundert unmittelbar zu einer reiche Früchte tragenden Ausbildung der Physiologie geführt hat, so hat diese wiederum im 19. Jahrhundert den Anstoß zu unserer modernen Hygiene, zur öffentlichen Gesundheitspflege gegeben.

In der Münchener physiologischen Schule haben Voit und Pettenkofer eine Reihe von Jahren in engster Gemeinschaft die menschliche Ernährung erforscht, und Pettenkofers großes Verdienst ist die weitblickende Nutzanwendung der physiologischen Forschungsergebnisse auf die menschliche Lebensweise nach den verschiedensten Richtungen. Einen raschen gewaltigen Aufschwung nahm die bakteriologische Wissenschaft. Kochs Entdeckungen haben uns eine neue Welt eröffnet.

Wir machen dabei die Wahrnehmung, daß sich die Hygiene zunächst zu Großtaten ersten Ranges auf dem Gebiete der allgemeinen und örtlichen Sanierung, der Städtereinigung, Wasserversorgung wandte, seit der Wende des gegenwärtigen Jahrhunderts sich mehr auf die individuelle Fürsorge und Vorsorge verlegt hat.

Die steigende Berücksichtigung, welche die öffentliche Gesundheitspflege, die theoretische und praktische Gesundheitslehre im wissenschaftlichen Leben gefunden hat, hat auch die erwähnten amtsärztlichen Dienstanweisungen geschaffen und das Fürsorgewesen ausgebildet.

Wir stehen hier vor der wichtigsten Aufgabe des Amtsarztes für nicht absehbare Zukunft, vor einem Bereich, aus welchem sich der öffentliche Arzt, der amtliche Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege, nicht verdrängen lassen darf, in welchem er an die leitende Spitze gehört, wenn er nicht das Ansehen und die Bedeutung seines Standes schwer schädigen lassen will.

Wir sehen heute alle Welt soziale Fürsorge treiben, ja wir haben eigene Ministerien für soziale Fürsorge — im engeren Sinne. Im weiteren Sinne besorgen eigentlich alle Ministerien soziale Fürsorge, die gesamte Staatsverwaltung mit Justiz, Finanz und Verkehr.

Beliebt es nun noch von Wohlfahrtspflege zu sprechen, so muß man darunter alles begreifen, was zu einem menschenwürdigen Leben gehört. Durch uferlose Pläne, durch Errichtung hochtönender Ämter, Behörden und Zentralen mit einer Schar von Angestellten ist die richtige Aufgabe noch nicht erfaßt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jedenfalls müssen wir auch hier auf „den Schultern der Alten“ stehen!

Was in Wohlfahrtspflege und Fürsorgetätigkeit seit Beginn dieses Jahrhunderts vor dem Kriege geleistet worden ist, ist des höchsten Lobes wert. Der allgemeine Wohlstand kam mächtig zu Hilfe!

Dr. Singer hat die Einrichtungen Deutschlands und des Auslandes klar zusammengestellt und insbesondere die Tätigkeit in der Großstadt treffend geschildert.

Wer könnte vergessen, was in den Kriegszeiten geleistet wurde? Die unseligen Folgen des Krieges haben uns der Mittel und Kräfte beraubt. Nun gilt es: sammeln und aufrichten!

In einer Münchener ärztlichen Zeitschrift entwickelt Dr. Epstein seine Gedanken und Vorschläge über „die Sozialisierung des Gesundheitswesens“. Die Ausübung der Heilkunst ist seit Jahrtausenden ein so freier Beruf, daß er sich nicht in die Fesseln des Alltags schlagen läßt. Die Ausführungen des genannten Arztes sind aber in vielem zutreffend und beherzigenswert, sie zeigen die rechte Erkenntnis der Bedeutung des ärztlichen Standes im Staate. Beklagt wird die Abhängigkeit des Arztes von der Notwendigkeit des Erwerbes, die nicht selten zu einer billigen und schlechten Massenarbeit geführt hat. „Wo bleibt bei der Massenarbeit die wichtigste Aufgabe des Hausarztes für individuelle Hygiene oder soziale Hygiene, die wir immer im Munde führen?“ Die praktizierenden Ärzte sollten staatlich angestellt werden.

Wer möchte in Abrede stellen, daß auf diesem Wege mancher üblen Erscheinung abgeholfen, auch eine gleichmäßigere Verteilung der Ärzte erzielt würde?

In Bayern wurden auch in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts die praktischen Ärzte staatlich auf bestimmte Stellen berufen.

Und die alten „Hausärzte“ hatten ihre großen Vorteile für die allgemeine Gesundheit des Volkes. Unser Spezialistentum, die ungleiche Verteilung der Ärzte im Lande, die Überfüllung der Großstädte hat Mißstände gebracht. Wo die maßlose Konkurrenz, wo der Erwerbsdrang vorwaltet, erstickt die „Fürsorge“ der Hygiene, welche jeden Arzt auf all seinen Berufswegen geleiten soll.

Ja, der ganze ärztliche Stand ist es, der mit und in der Pflege der sozialen Hygiene an Bedeutung und Ehre gehoben wird! Der Arzt wird hierdurch mehr und mehr Erzieher des Volkes. Es kann kaum eine Wohlfahrtseinrichtung entstehen und gedeihen ohne die Mitwirkung des Arztes. Der Arzt behütet Leben und Gesundheit der Mütter, Säuglinge und Kleinkinder, er achtet auf Wohl und Wehe des schulpflichtigen Alters, auf Wachstum und Erstarkung des heranwachsenden Geschlechtes. Die arbeitende, die dienende Bevölkerung behandelt er als Kassen- und Anstaltsarzt, er sieht den Einfluß der Lebensarbeit, steht helfend und beratend bei den Kranken und Unfallverletzten, den Invaliden, Gebrechlichen, den Armen und Ruhebedürftigen.

Der Arzt kann sich den Bestrebungen zum Wohle des Volkes gar nicht entziehen, ohne unmoralisch, ohne standesunwürdig zu handeln!

Wie leicht ist das gesagt, wie wird es wirklich ständig im Munde der Ärzte geführt, und wie schwer ist es auszuführen in der gegenwärtigen Zeit, wo ein jeder Stand, und nicht zum mindesten der ärztliche, befangen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist in der Sorge um das tägliche Brot, wo die Begeisterung für das Ideale, für die sittlichen Pflichten der Nächstenliebe unterzugehen droht im Kampf ums Dasein, wo die Ärzte in ihren Zusammenkünften und Beratungen ständig und tagelang über die materielle Lage und ihre Schwierigkeiten zu verhandeln haben.

Da ist es der Amtsarzt, der staatliche Gesundheitsbeamte nach dem preußischen Gesetz, der öffentliche Gesundheitspfleger, welcher hervorgetreten aus den Reihen der Ärzte, vertraut mit den Bedürfnissen und Leiden des Volkes, tätig wird.

Seine Haupttätigkeit ist die Gesundheitspflege! Was hat er darin zu tun?

Das sagt ihm im allgemeinen und besonderen schon seine Dienstanweisung. Es ändert sich ja manches nach den Zeiten, nach den Örtlichkeiten, nach den Verhältnissen der Gegend und Bevölkerung.

Wir haben uns zu beschäftigen mit der Ernährung in allen ihren Teilen, mit den Nahrungs- und Genußmitteln, der Art der Ernährung, mit den Sitten und Gewohnheiten, mit dem Verkehr im Handel und auf Märkten, mit Schlachthäusern; mit der Wohnung, mit der Einzelwohnung, wie mit den Ortschaften; hierzu gehört auch die Wasserversorgung, die Beseitigung der Abfallstoffe; mit der Kleidung und Hautpflege, Bädern; mit der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, den Halte- und Kostkindern; mit der Schulhygiene; mit der Gewerbehygiene; mit der Fürsorge für körperlich und geistig Kranke, Sieche und Krüppel, Einrichtung und Beaufsichtigung der Anstalten; mit der Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten (Ermittelung, Schutzmaßnahmen, Schutzimpfungen, Desinfektion, Tuberkulosefürsorge, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Überwachung der Prostitution); mit der Fürsorge für Arme und Unterstützungsbedürftige, mit dem Begräbniswesen (Leichenschau und Beerdigung, Feuerbestattung, Friedhöfe und Begräbnisplätze).

Welche Fülle von Arbeit, von Studium und Ausführung, liegt in dieser Zusammenstellung, welche noch erweitert und ergänzt werden kann; jeder einzelne Teil dieser Aufgaben kann ständig die Kraft des Mannes beschäftigen!

Wie hat der Amtsarzt die öffentliche Gesundheitspflege zu üben?

In der bisherigen Schilderung von der Entwickelung des Staatsmedizinalwesens habe ich zwei wichtige Punkte erwähnt, die Gesundheitskommissionen und die Ortsbesichtigungen. Erstere sind schon älteren Datums, die letzteren sind durch die preußische Dienstanweisung für die Kreisärzte vorgeschrieben worden.

Die Absicht, welche die genannten Kommissionen ins Leben rief, war eine gute; man wollte auf dem Wege gemeinschaftlicher Beratung Mißstände beseitigen und sanitäre Vorteile schaffen, man wollte so zu Mitteln und Wegen gelangen, die Gesundheit zu pflegen und zu fördern. Es fehlte aber bisher an wichtigen Grundlagen, an der richtigen Organisation, an genauer Dienstanweisung.

Wir hörten seit Jahrzehnten in Versammlungen und Vorträgen, wie man Hygiene treiben müsse, wie man „herantreten", „in die Wege leiten", wie man „ausbauen" müsse. Es waren aber öfter Männer der Rede als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Tat. Die meisten Dinge blieben im Anfang stecken. Wo Ersprießliches geleistet wurde, waren es gewöhnlich nicht die Kommissionen, sondern einzelne tatkräftige Personen, die sich zu einem bestimmten sanitären Zweck mit Gleichgesinnten verbanden.

Die Einführung der Ortsbesichtigungen durch die Amtsärzte entsprang der staatlichen Erkenntnis, daß regelmäßige amtspersönliche Nachschau in den einzelnen Gemeinden und Ortschaften unerläßlich sei zur Sanierung, zur öffentlichen Gesundheitspflege. Wie schon angeführt, hat sich die Besichtigung auf alle für das öffentliche Gesundheitswesen wichtigen Verhältnisse und Einrichtungen zu erstrecken. „Die Maßnahmen zur Beseitigung sanitärer Mißstände sind im unmittelbaren Anschluß an die Besichtigung zu erörtern und tunlichst mit den Beteiligten festzustellen. Es sind Verhandlungen einzuleiten."

In der preußischen Dienstanweisung von 1909 ist außer von den regelmäßigen Ortsbesichtigungen auch von gelegentlichen Besichtigungen gesprochen!

Auf diesen zwei Pfeilern, der selbsttätigen Untersuchung und Nachschau und der gemeinschaftlichen Arbeit, der Beratung mit den einschlägigen Behörden, Verbänden, den einflußreichen Ständen und Personen beruht zunächst das Werk des öffentlichen Arztes. Der Amtsarzt muß dabei im Gesundheitswesen eine ausgesprochene leitende Stelle haben.

Er wird dadurch gehoben, daß er sich erhebt und allen sanitären Verhältnissen seines Bezirkes nachgeht, daß er nicht nur die Fragen und Aufgaben an sich herankommen läßt, begutachtet, was ihm vorgelegt wird. Am wenigsten in unseren schweren bedrohlichen Zeiten darf er sich schieben lassen.

An jedem Amtssitz muß eine Registratur für das öffentliche Gesundheitswesen in der Klassifikation geführt werden, wie sie eben aufgestellt wurde. Der Amtsarzt muß sich angelegen sein lassen, in alle Teile einzudringen, die Lücken zu ergänzen, das fehlende einzustellen. Um erfolgreich zu wirken durch Anträge und Anordnungen, muß er den Zustand seines Bezirkes aufs genaueste kennen.

Ein neuernannter Bezirksarzt in Bayern findet zuweilen an seinem Amtssitze schon eine Bezirksfürsorgerin, welche vorzugsweise in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge beschäftigt ist, aber auch noch Tuberkulöse und andere Kranke besucht. Er setzt hier sofort ein. Die Berichte der Fürsorgerin weisen ihn auf die nächsten und dringlichsten Fälle. Er erweitert und vertieft die Fürsorge. Mit Nachschau verbindet er die Belehrung der Bevölkerung. Er zieht weitere Schichten in den Bereich seiner Aufklärung und setzt sich in engste Fühlung mit der Verwaltungsbehörde und den Spitzen der Gemeinden, mit Geistlichen und Lehrern — und mit den Ärzten! Es treten übertragbare Krankheiten auf; da gibt es reichlich Gelegenheit, einzugreifen. Er zieht die Hebammen und das niederärztliche Personal, die Krankenpfleger, heran. Er nimmt sich der Schulen an — wenn nötig und tunlich, im nahen engeren Bezirk als eigentlicher Schularzt, im ganzen Bezirke aber der Hygiene des Schulhauses und Schulbetriebes. Er lernt Ort um Ort mit der gesamten Bevölkerung kennen und ruht nicht, bis er nach gründlicher Umschau in seiner Registratur alle Gesundheitsverhältnisse, alle sanitären Einrichtungen der einzelnen Gemeinden genau

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

niedergelegt hat. Eines führt ins andere! Und wenn einmal alles gesichtet und geordnet ist — es gehen auch im kleineren Kreise Jahre darüber hin —, so führt er leichter und freudiger sein Amt und hinterläßt dem Nachfolger die sicherste Grundlage gedeihlicher Wirksamkeit. Das Ansehen und der Einfluß des Amtsarztes nimmt ständig zu! Er ist an jeder Stelle voll beschäftigt!

Auf solche Weise bildet sich der Amtsarzt — nach den Wünschen und Vorschlägen des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins — zum selbständigen Leiter des Fürsorgewesens aus.

Es haben in dem letzten Jahrzehnt eine Reihe tüchtiger deutscher Amtsärzte Vorschläge und Pläne gemacht, auch den Anstoß gegeben zur Bildung von Fürsorgestellen, Wohlfahrtsämtern. Es wird niemand verkennen, daß solche Einrichtungen notwendiger sind als je zuvor. Die Umstände sind aber unendlich schwieriger geworden. So sehr wir danach streben werden, öffentliche Stellen für diese Zwecke errichtet zu sehen, wir dürfen nicht darauf warten, wir müssen allüberall vorangehen! Daß der Staat die volle Pflicht hat, uns in Bildung von Fürsorgestellen und ähnlichen Verbänden zu unterstützen, ist selbstverständlich. Es müßte aber eine straffe Organisation, eine genaue Dienstanweisung mit staatlicher Approbation hierfür geschaffen werden; sonst teilen diese Stellen das Schicksal der früheren Gesundheitskommissionen. Die Unterbringung der Fürsorgestellen in einem Medizinalamt möchte ich nicht empfehlen.

Für vordringlich ist zu erachten, daß der Amtsarzt für sein Schaffen in der öffentlichen Gesundheitspflege an jedem Amtssitze, in jedem Amtsbezirke wenigstens eine Hilfskraft — in Person einer gelernten und geprüften Fürsorgeschwester — besitzt.

Wenn sich der Amtsarzt in kleineren Bezirken zunächst ohne Kollegium bescheiden und desto dringlicher selbst nachgehen muß, so gestaltet sich sein Tun in den größeren und großen Ämtern verschieden. Hier trifft er schon Organisationen, die er für seine Zwecke nützen, denen er selbst wieder in hervorragender Weise beistehen oder vorstehen kann.

Wenn wir vor einem Jahrhundert den Geschäftskreis des Physikus in Statistik, Justiz und Polizei eingeteilt sahen, so haben wir heute den deutschen Amtsarzt in der Justiz, der gerichtlichen Medizin am besten persönlich geschieden vom Kreis- oder Bezirksarzt. Letzterem ist die Medizinalpolizei (das Staatsmedizinalwesen mit Ausnahme der gerichtlichen Medizin) und die vertrauensärztliche Tätigkeit im Sinne der preußischen Dienstanweisung übertragen, seine Hauptaufgabe ist aber die öffentliche Gesundheitspflege.

In den Großstädten, in welchen mehrere amtliche Ärzte am gleichen Platze anzustellen sind, mag auch eine persönliche Trennung der Medizinalpolizei von der öffentlichen Gesundheitspflege eintreten. Zweckmäßig ist es aber nicht.

Man sollte hier einen einheitlichen amtsärztlichen Körper mit selbständigen und Hilfsärzten schaffen und diesem ein Haupt in Gestalt eines geschäftsleitenden Amtsarztes geben. Denn schärfer lassen sich die amtsärztlichen Geschäfte nicht trennen. Unter die Staatsmedizinalverwaltung gehören z. B. die niederärztlichen Personen, Hebammen, Desinfektoren. Welch innigen Anteil haben diese auch an der öffentlichen Gesundheits-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pflege! Ohne die Mitwirkung der Hebammen ist eine vollständige Säuglingsfürsorge gar nicht zu denken. Die Bekämpfung und Verhütung der Seuchen läßt sich schwer verteilen. Und die Statistik, die Bearbeitung, Beurteilung und Verwendung des statistischen Materials — welche Fülle bahnbrechender, fruchtbringender Folgerungen ergibt sich hieraus für die öffentliche Gesundheitspflege!

In manchen größeren und Großstädten, besonders Norddeutschlands, sind Amtsärzte von der Gemeinde, von der Stadt bestellt. Das Bestreben der Städte, unabhängig vom Staate „Stadtärzte" zu besitzen, mag unter Umständen begründet sein. Es ist auch viel vom Herkommen abhängig, von der örtlichen Einrichtung, wie sie als passend befunden wurde. Wo bereits seit Jahren tüchtige und erfahrene staatliche Amtsärzte am Platze sind, haben auch große Gemeinwesen jedenfalls mit geringeren Kosten und weniger Parteimachenschaften für ihre Interessen geeignete Organe.

Der öffentliche Arzt kann und soll alle wahren öffentlichen Vorteile und Fortschritte fördern.

Wie schon erwähnt, pflegt sich dort, wo mehrere Ärzte im Verwaltungsdienste eines großen Bezirkes tätig sind, eine eigene Abteilung, ein Gesundheitsamt, im staatlichen oder gemeindlichen Verwaltungskörper zu bilden — auf den Namen möchte ich hier keine erhebliche Bedeutung legen. Die einzelnen Sparten der öffentlichen Gesundheitspflege und amtsärztlichen Fürsorge verteilen sich auf die selbständigen „Referenten", welche nach Bedarf Hilfsärzte zur Seite haben. Diese sind öffentlich angestellte, junge, für das Physikat geprüfte Ärzte, welche sich von der Praxis keineswegs loslösen sollen. Ein Anrecht auf Beförderung ist mit diesen Stellen in der Regel nicht verbunden. Die Hilfsärzte können in den verschiedensten Zweigen der amtsärztlichen Praxis Verwendung finden und unter Umständen einzelne zu selbständiger Besorgung übertragen erhalten.

In Großstädten sind gewöhnlich größere Verbände der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, der Tuberkulosefürsorge und ähnlicher Einrichtungen, eine Reihe von Lokalbehörden und gemeinnützigen Vereinen. Es sind wissenschaftliche Institute vorhanden.

Mit allen Kreisen der sozialen Fürsorge, der Heilkunde, der Ärzte müssen die Amtsärzte in ununterbrochener fruchtbringender Verbindung stehen.

Sie müssen mit Genauigkeit und Vollständigkeit die amtliche Registratur führen.

Sie müssen allenthalben die Mittler und Vermittler der öffentlichen Gesundheitspflege sein, die vermöge ihres Amtes über den Parteien, Stellen und Verbänden stehen und vermöge ihrer Kenntnisse und Erfahrung die wichtigsten Berater im großen und kleinen bleiben.

Wenn ich in vorliegenden Betrachtungen die bayerischen und preußischen Verhältnisse darlegte, so geschah dies aus dem begreiflichen Grunde, weil mir dieselben näher bekannt sind. Im allgemeinen dürften meine Ausführungen wohl für das ganze deutsche Reichsgebiet zutreffend sein. Sie sind geschrieben mit dem sehnlichen Verlangen, daß der deutsche Medizinalbeamte seinen Platz an dem Sonnenlichte der Heilbringerin Hygiene seinem Berufe gemäß wahren und erweitern möge, daß er in Vollkraft wirke und schaffe für und für in alle Zukunft zum Segen, zur Gesundheit von Leib und Seele unseres bedrängten deutschen Volkes.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sozialhygienische Mitteilungen über das Wohnungswesen in der Stadt Fürth i. B.

Von Obermedizinalrat Dr. Spaet.

Nicht genug, daß unsere Volkskraft während des letzten Krieges durch die Hungerblockade starke Einbuße erlitten hat und jetzt noch durch die Knappheit der Lebensmittel und deren ganz außerordentliche Verteuerung immer noch erleidet, stehen wir gegenwärtig auch noch unter dem weiteren Drucke schwerer Gesundheitsschädigung infolge der bestehenden Wohnungsnot, bedingt durch den Mangel an Baumaterial und die dadurch bewirkten fast unerschwinglichen Baukosten, welche die zur Schaffung einigermaßen ausreichender Wohnungen erforderliche Bautätigkeit ungewöhnlich erschweren oder ganz verhindern.

Schwierigkeiten auf dem Wohnungsmarkte hat es allerdings auch vor dem Kriege seit längerer Zeit gegeben, und die Bereitstellung einer genügenden Zahl gesunder Wohnungen hat schon seit langem Volkswirtschaftler und Hygieniker mit Sorge erfüllt. Die Erkenntnis der großen Bedeutung eines geordneten Wohnungswesens für das Allgemeinwohl hat dann auch die Regierungen veranlaßt, durch Gesetz und Verordnung auf diesem Gebiete ernstlich einzugreifen und die Schaffung von Einrichtungen anzuregen, welche die in dieser Hinsicht bestehenden Mißstände beseitigen sollten. Größere Gemeinwesen waren ebenfalls aus eigenem Antriebe bestrebt, sich durch zweckentsprechende Erhebungen über den Stand der Dinge eingehend zu unterrichten, um darauf erfolgreiche Verbesserungsmaßnahmen gründen zu können.

Auch in der Stadt Fürth wurden bereits vor dem Kriege derartige erschöpfende Erhebungen gepflogen und ihr Ergebnis von einem Fachmann — P. E. Dennig — systematisch statistisch verarbeitet.

Aus dem dabei gewonnenen Material geht zunächst hervor, daß das Mietskasernenwesen in Fürth schon ziemlich weit vorgeschritten ist; wie aus der Wohnziffer (d. h. der Durchschnittszahl der Wohnungen auf ein Wohngebäude) zu ersehen ist: Diese betrug in Fürth 4,2, also merklich mehr als in anderen Städten, sie betrug zu jener Zeit z. B. in Lübeck 2,1, in Nürnberg 3,5, in Essen 3,7; übertroffen wurde Fürth allerdings z. B. von Augsburg mit 4,3, Altona und Stuttgart mit 4,5, Halle a. S. mit 4,7, Münden mit 5,4, Leipzig mit 6,0, Dresden mit 6,6, Breslau mit 9,3, Berlin mit 11,9 und Charlottenburg mit 12,1.

Von den insgesamt vorhandenen 3236 Gebäuden Fürths bieten Unterkunft je

1	Haushaltung	523 = 16,16	Proz.
2	Haushaltungen	444 = 13,72	„
3	„	348 = 10,76	„
4	„	370 = 11,43	„
5	„	302 = 9,33	„
6	„	271 = 8,37	„
		2258 = 69,77	Proz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei den höheren Haushaltungsziffern ist das Verhältnis noch ungünstiger, indem zu dienen haben in Fürth je

7	Haushaltungen	267 = 8,25	Proz.
8	„	177 = 5,47	„
9	„	104 = 3,22	„
10	„	70 = 2,16	„
11—15	„	132 = 4,08	„
16—22	„	14 = 0,43	„

Was die Zahl der Gebäude nach der Höhe bzw. nach den vorhandenen Stockwerken anlangt, so nimmt Fürth bezüglich der hochragenden Wohngebäude unter den süddeutschen Städten eine Mittelstellung ein, wie aus folgender Zusammenstellung hervorgeht. Nach Rost (Zeitschrift für Wohnungswesen 1905) gab es unter 100 Wohnhäusern in

	Augsburg		Fürth		München		Stuttgart	
mit nur Erdgeschoß	3,41		7,20		12,2		2,5	
„ 1 Obergeschoß	23,55		20,15		19,5		14,1	
„ 2 Obergeschossen	37,31		30,19		19,4		22,9	
„ 3 „	29,54	35,71	34,05	42,46	29,1	48,9	28,7	60,5
„ 4 u. mehr Obergeschossen .	6,17		8,41		19,8		31,8	

Recht mißlich waren in Fürth in früheren Jahren, noch bis einige Jahre vor dem Kriege, die Abortverhältnisse. Nach den oberpolizeilichen Vorschriften für Mittelfranken vom 20. Mai 1903 ist für jedes Wohnhaus eine Abortanlage, für jede Familienwohnung eine besondere Abortabteilung angeordnet und nach der mittelfränkischen Instruktion für die Wohnungskommissionen, Wohnungsinspektoren und Ortspolizeibehörden soll die Zahl der auf eine Abortabteilung angewiesenen Personen 15 nicht übersteigen. Diesen Anforderungen war früher nur in 1098 Grundstücken (49,00 Proz.) mit 4898 (= 35,40 Proz.) Wohnungen und 20 759 (= 37,30 Proz.) Einwohnern genügt.

Insgesamt waren die Grundstücke folgendermaßen mit Abortanlagen versehen:

1098 Grundstücke hatten mindestens 1 Abort für jede Wohnung durchschnittlich für je 4 bis 5 Personen. In 669 Grundstücken mit 5077 Wohnungen kam 1 Abort auf je 1 bis 2 Wohnungen und 4 bis 8 Personen; in 226 Grundstücken mit 1796 Wohnungen kam 1 Abort auf je 2 bis 3 Wohnungen und 8 bis 12 Personen; in 101 Grundstücken mit 773 Wohnungen kam 1 Abort auf je 3 bis 4 Wohnungen und 11 bis 14 Personen; in 52 Grundstücken mit 470 Wohnungen kam 1 Abort auf je 4 bis 5 Wohnungen und 15 bis 19 Personen; in 69 Grundstücken mit 702 Wohnungen kam 1 Abort auf je 5 bis 10 Wohnungen und 17 bis 34 Personen; in 3 Grundstücken mit 47 Wohnungen kam 1 Abort auf je 10 und mehr Wohnungen und 34 bis 41 Personen; in 22 Grundstücken mit 66 Wohnungen und 200 Bewohnern waren überhaupt keine eigenen Abortanlagen, so daß die Bewohner auf die Einrichtungen in den Nachbarhäusern, auf Höfen oder direkt an den Straßen stehend, angewiesen waren.

Diese unerträglichen Verhältnisse wurden jedoch durch das Eingreifen der Wohnungskommission im Laufe der Jahre gänzlich beseitigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach dem Besitzverhältnis verteilen sich die bewohnten Wohnungen auf die drei Klassen von Inhabern: Hauseigentümer, Mieter, Dienst- oder Freiwohnungsbesitzer, wie folgt: Es wurden gezählt:

1 568	Eigentümerwohnungen	= 12,03	Proz.
11 265	Mietswohnungen.	= 86,41	„
und 20	Dienst- oder Freiwohnungen . . .	= 1,56	„

Der Anteil der Eigentümer an den bewohnten Wohnungen mit 12,03 Proz. erscheint gering im Vergleich zu anderen süddeutschen Städten von ähnlicher Größe, z. B. Freiburg i. B. (1885) 22,6 Proz., Karlsruhe 16,8 Proz., Mannheim 15,9 Proz., dagegen waren in Leipzig, Dresden, Breslau schon zu Anfang der achtziger Jahre nur 4,1, 9,0 und 4,8 Proz. Eigentümerwohnungen vorhanden. Nach den einzelnen Stadtbezirken waren die Verhältnisse natürlich verschieden, insofern in den eingemeindeten Vororten mit mehr Landwirtschaft treibender Bevölkerung die Eigentümerwohnungen vorherrschen (23 bis 45 Proz.). Dazu kommt noch in den letzten Jahren vor dem Kriege die Ausdehnung der Villenkolonie im Vorort Dambach und die Erbauung von „Einfamilienhäusern“ durch die Baugenossenschaft „Eigenes Heim“.

Die wenigsten Eigentümerwohnungen enthält der 20. Bezirk mit 3,77 Proz., er ist das eigentliche Gebiet des Absentismus der Bauherrn, der Spekulationshäuser und der Mietskasernen. Einen ähnlichen geringen Anteil der Eigentümerwohnungen zeigen auch die Bezirke 16, 15 und 2, die ersteren beiden als bevorzugte Wohnplätze für größere und bessere Mietswohnungen (hauptsächlich Beamte und Kaufleute, letzterer als typischer Sitz kleiner Leute und zahlreicher Familien).

Bezüglich der Straßenlage der Wohnungen waren von 13 829 in Fürth überhaupt gezählten Wohnungen 11 040 = 79,83 Proz., von 13 037 bewohnten Wohnungen 10 445 = 80,12 Proz. ganz oder vorwiegend (nach ihren einzelnen Räumen) in Vordergebäuden. Dieser Anteil an Vorderhauswohnungen ist zwar kleiner als in süddeutschen Großstädten, z. B. Frankfurt a. M. (im Jahre 1800) mit 88,0 Proz., läßt aber die norddeutschen Großstädte Hamburg (71,1), Leipzig (69,0), Berlin (65,5), Breslau (60,09) weit hinter sich.

Was die Höhenlage der Wohnungen anlangt, so kommt in gesundheitlicher Beziehung vor allem das Vorhandensein von Mansardenwohnungen (Dachwohnungen) in Betracht, da bei ihnen die Witterungseinflüsse sich besonders stark fühlbar machen, wenn nicht die nötigen Isoliervorrichtungen gegen Einwirkung von Hitze und Kälte dort geschaffen sind. Ganz besonders bedrohlich erweisen sich bekanntlich nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung solche Dachwohnungen während heißer Sommermonate für Säuglinge, die gegen Hitzeeinwirkung außerordentlich empfindlich sind und bei denen der Einfluß hoher Sommertemperaturen nicht etwa nur durch Zersetzung der Milch, die zu ihrer Ernährung dient, in schädlicher Weise fühlbar macht, sondern durch unmittelbare Hitzewirkung auf den Säuglingsorganismus selbst.

Mit Rücksicht auf diese von Dachwohnungen vielfach ausgehenden gesundheitlichen Schädigungen war bisher in ganz zweckmäßiger Weise der volle Ausbau der Dachgeschosse verboten, die gegenwärtige Wohnungsnot hat aber gedrängt, diese Einschränkungen wieder zu beseitigen. Es wird

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deshalb mehr denn je darauf zu achten sein, daß durch entsprechende Vorkehrungen den dort sich geltend machenden Witterungseinflüssen entgegengewirkt wird. Da lediglich eine mit Stuck beworfene innere Dachschalung nicht den nötigen Schutz bietet, ist für eine entsprechende Isolierung der schrägen und senkrechten Dachungen und Fachwerkwände zu sorgen. Zu diesem Behufe sind die Dachschrägen beiderseits zu verbrettern und der entstehende Zwischenraum mit Isoliermasse, wie Torfmull oder Asbestmull, auszustampfen. Die umseitigen Flächen sind dann noch zu rohren und zu putzen, während die äußere Schalung vor dem Aufbringen des Eindeckungsmaterials noch mit einer Lage guter Dachpappe vor Eindringen der Feuchtigkeit zu schützen ist.

Außer den gesundheitlichen Bedenken kommen bei den alten, schlecht gebauten Dachwohnungen noch die aus der Höhen- und Straßenlage selbst entspringenden zur Geltung. Die Zugänglichkeit der Wohnungen wird durch viele enge, steile, zum Teil geländerlose oder sonst mangelhafte Treppen stark beeinträchtigt, ein Umstand, der sich namentlich bei Feuersgefahr geltend macht.

Als weiteres ungünstiges Merkmal fällt bei vielen Mansardenwohnungen ins Gewicht, daß ihre Räumezahl mit steigender Höhenlage abnimmt. Dies ist die Folge der einerseits oft nur teilweise bewohnten Mansardenräume, andererseits der Zugehörigkeit vieler Mansardenräume zu Stockwerkwohnungen. Während im Gesamtdurchschnitt auf 100 bewohnte Wohnungen 422 Räume mit 427 Bewohnern kommen, enthalten 100 Mansardenwohnungen nur deren 319 mit 387 Bewohnern. Die Wohnungen in den Mansarden scheinen demnach zwar kleiner, aber auch etwas weniger bevölkert zu sein, als die Wohnungen im ganzen; jedoch auf 100 bewohnte Räume, die Küchen eingerechnet, entfallen im allgemeinen 101, in Mansardenwohnungen 121 Bewohner. Demnach steht einer geringen Zahl eine stärkere Ausnutzung der Räume gegenüber. Daraus geht hervor, daß der Luftraum für den einzelnen Bewohner, der schon durch die äußere Gestalt der Wohnung beträchtlich herabgemindert ist, durch die starke Belegung der Räume noch mehr verringert wird, während man vom hygienischen Standpunkt mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Mängel der Dachwohnungen bei ihnen gerade ein erhöhtes Luftmaß für den einzelnen Bewohner fordern müßte.

Hinsichtlich der Inhaber von Mansardenwohnungen wäre zu bemerken, daß sie sich ganz anders, als die der bewohnten Wohnungen überhaupt, gruppieren, insofern, als die Hauseigentümer fast gar nicht (nur 0,75 Proz. gegen 12,03 Proz.) an den Mansardenwohnungen beteiligt sind.

Von besonderer gesundheitlicher Bedeutung ist bekanntlich das in den bewohnten Räumen verfügbare Luftmaß und die Bodenfläche bzw. die Dichtigkeit des Wohnens.

Legt man der Wohnungsdichtigkeit die Anzahl der Kubikmeter zugrunde, die auf 1 Wohnung treffen oder auf 1 Bewohner entfallen, so ergibt sich, daß unter Nichteinrechnung der reinen nicht als Schlafraum benutzten Küchen im Gesamtdurchschnitt der Stadt die

Eigentümerwohnung . . .	258,50	cbm	oder	für	1	Bewohner	50,07	cbm	enthält
Mietswohnung	135,02	„	„	„	1	„	32,47	„	„
Wohnung überhaupt . . .	149,97	„	„	„	1	„	35,04	„	„
(in Basel 1889	127,00	„	„	„	1	„	29,10	„	)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Durchschnitt wäre also der Luftraum einer Wohnung im ganzen als genügend zu bezeichnen, da als Mindestwohnraum ein Luftinhalt von mindestens dem doppelten des Mindestschlafraumes zu verlangen ist, d. i. 20 cbm. Der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ hat nämlich in dem „Entwurf zu reichsgesetzlichen Vorschriften zum Schutz des gesunden Wohnens“ den Vorschlag gemacht, daß als Schlafraum benutzte Gelasse für jedes Kind unter 10 Jahren mindestens 5 cbm, für jede ältere Person mindestens 10 cbm Luftraum enthalten sollen. Diese Mindestsätze für Schlafräume sind von den oberpolizeilichen Vorschriften für Mittelfranken angenommen worden. Eine Wohnung für eine normal große Familie von vier bis fünf Köpfen müßte daher 80 bis 100 cbm mindestens umfassen.

Im einzelnen ist aber der Luftraum einer Wohnung recht verschieden, die Zahl der Kubikmeter in Eigentümerwohnungen schwankt zwischen durchschnittlich 140,02 und 565,18 cbm, in Mietswohnungen zwischen 64,79 und 328,40 cbm. Auf den Kopf kommen im Durchschnitt mindestens: bei Eigentümern 25,86 cbm, in Mietswohnungen 17,65 cbm und höchstens bei Eigentümern 111,34 cbm, bei Mietern 79,35 cbm. In den Mietswohnungen ist also diese Mindestforderung in einzelnen Stadtgebieten nicht erreicht.

Nimmt man als Mindestwohnraum 20 cbm Luftraum für den Bewohner an, so ergibt sich in Fürth bei einem Durchschnittsluftraum (ohne die Küche) einer

1	räumigen	Wohnung	von	58,48	cbm	eine	Höchstziffer	von	2	Bewohnern
2	„	„	„	71,97	„	„	„	„	4	„
3	„	„	„	98,79	„	„	„	„	5	„
4	„	„	„	132,79	„	„	„	„	7	„
5	„	„	„	194,23	„	„	„	„	10	„

Die zum Vollzuge der bayerischen Wohnungsverordnung vom 10. Februar 1901 von der Regierung von Mittelfranken erlassene Instruktion bezeichnet als Mindestforderung einer Familienwohnung das Vorhandensein von je 1 Küche, Zimmer und Kammer, also von drei Räumen. Die obigen Durchschnittsmaße der kleinen Wohnungen entsprechen ziemlich gut den Anforderungen der in Fürth geltenden Wohnungsbestimmungen. Als überfüllt müßten demnach bezeichnet werden von sämtlichen bewohnten Wohnungen

mit 1 Raum	unter	387	Wohnungen	49	= 12,96	Proz.,	davon sind	Mietswohnungen	49
„ 2 Räumen	„	682	„	63	= 9,24	„	„	„	59
„ 3 „	„	4412	„	706	= 9,72	„	„	„	691
„ 4 „	„	3928	„	382	= 15,99	„	„	„	370
„ 5 „	„	1278	„	8	= 0,63	„	„	„	7
im ganzen	„	13037	„	1208	= 9,27	„	„	„	1176

= 10,44 Proz. von 11265 Mietswohnungen

Der auf den Kopf entfallende Luftraum beträgt in den einräumigen Wohnungen durchschnittlich 22 cbm, in den zweiräumigen nur 21 cbm, in den dreiräumigen 24 cbm, in den vierräumigen 38 cbm, in den fünfräumigen 41 cbm und so mit jeder Größenklasse um etwa 10 bis 91 cbm in den größten Wohnungen.

Die Bodenfläche der Zimmer (ohne die Küche gerechnet) beträgt in den Wohnungen mit

1	Raum	15,33	qm,	mithin für	1	Zimmer	15,33	qm	
2	Räumen	26,73	„	„ „	1	„	13,37	„	im Durchschnitt
3	„	32,86	„	„ „	1	„	10,95	„	„ „
4	„	45,79	„	„ „	1	„	11,45	„	„ „
5	„	65,36	„	„ „	1	„	13,09	„	„ „

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine Höchstzahl von zwei Personen für so kleine Zimmer wäre demnach nicht zu tief gegriffen. Bei Anlegung dieses Maßstabes würden als überfüllt zu betrachten sein

Wohnungen mit 1 Raum	49 = 12,96 Proz.,	darunter Mietswohnungen	49
„ „ 2 Räumen	276 = 40,47	„	„	„	266
„ „ 3 „	706 = 15,99	„	„	„	691
„ „ 4 „	706 = 17,97	„	„	„	689
„ „ 5 „	49 = 3,83	„	„	„	41

somit im ganzen mindestens 1786 = 13,70 Proz., von der gesamten Zahl der Mietswohnungen 1736 = 15,41 Proz.

Ein Anteil von 9 bis 10 Proz. übervölkerter Wohnungen, wie sich unter Zugrundelegung einer Berechnung nach dem Luftraum ergibt, gilt im allgemeinen schon als ziemlich hoch, er wird aber noch größer, wenn man die Bodenfläche in Betracht zieht und ergibt da, wie man sieht, 13,70 Proz.

Bezüglich des Luftinhaltes der Schlafräume sind folgende Zahlen anzuführen. Von je 100 zum Schlafen ausschließlich oder nebenbei verwendeten Räumen boten:

Rauminhalt auf den Kopf	in Eigentümerwohnungen	in Mietswohnungen	überhaupt	für Personen absolut	für Personen Proz.
1. bis 10 cbm . .	8,95	16,93	15,58	14 729	26,86
2. 10 „ 20 „ . .	36,34	38,05	37,75	23 971	43,35
3. 20 „ 40 „ . .	38,33	31,86	32,95	12 816	23,37
4. über 40 „ . .	16,48	13,16	13,72	3 520	6,42

Bezeichnet man, wie es in gesundheitlicher Beziehung mit Recht geschieht, einen Schlafraum mit höchstens 10 cbm auf den Kopf ohne Rücksicht auf das Alter als notdürftig — der relative Mindestschlafraum ist überhaupt nur dann gewahrt, wenn bei auch noch so starker Belegung eines Schlafzimmers für jeden Schläfer das Mindesterfordernis an Luftraum, nämlich 5 bis 7,5 cbm für Kinder unter 10 Jahren, 10 bis 15 cbm für Personen über 10 Jahren, zur Verfügung bleibt —, einen Schlafraum von 10 bis 20 cbm als mäßig, von 20 bis 40 cbm als ausreichend und mit über 40 cbm auf den Kopf als reichlich, so ersehen wir aus obiger Zusammenstellung, daß die Schlafräume mit nur notdürftigem Luftraum (15,58 Proz.) reichlich $^1/_7$ sämtlicher Schlafräume umfassen und 14 729 = 26,86 Proz., d. i. reichlich $^1/_4$ der Einwohnerschaft als nächtlicher Aufenthaltsort, wo sie Schlaf, Ruhe, Erholung und frische Kraft für den künftigen Arbeitstag finden sollen, dienen. Die gesundheitlichen Verhältnisse in solchen Räumen gestalten sich um so schlechter, da diese vielfach unter Tag nicht leerstehen und so nicht gehörig gelüftet werden können und nicht gelüftet werden, so daß dem Schläfer für die Nacht nicht eine gänzlich erneuerte frische Luft zur Verfügung steht; oft werden solche Schlafräume des Tages über auch für andere Zwecke benutzt, die darin befindliche Luft durch ständigen Aufenthalt von Personen bereits verbraucht oder gar durch häusliche Arbeiten, wie Kochen oder gewerbliche Verrichtungen, z. B. unter Verwendung von Bleifarben, mehr oder weniger verdorben.

In Fürth wurden nach den gepflogenen Erhebungen von den rund 4000 kleinsten Schlafräumen etwa 600 tagsüber noch zu anderen Zwecken benutzt (15 Proz.), sind daher als Schlafräume doppelt ungeeignet. Auch von den Räumen mit 10 bis 20 cbm Luftinhalt dienten 2653 = 27,40 Proz., in welchen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7205 Personen nächtigten, außer dem Schlafen noch anderen Zwecken, wodurch die darin enthaltene Luft unter Tags stark verbraucht oder ganz verdorben wird. Werden sie deshalb, zumal bei ihnen auch eine regelmäßige Durchlüftung zweifelhaft ist, nur halbtauglich zum Schlafen geschätzt, so sind sie den Räumen mit notdürftigem Schlafraum zuzurechnen und steigern deren Zahl um 10,34 Proz. auf 25,92 Proz., d. h. auf ein gutes Viertel aller Schlafräume und die Zahl der Personen mit notdürftigem Schlafraum um 13,98 Proz. auf 40,84 Proz., das sind reichlich $^2/_5$ der Einwohnerschaft.

Die bedenklichen Folgen der Überfüllung für die Erziehung zur Ordnung und Reinlichkeit, sowie ihre Schäden für die Fähigkeit zur Leistung körperlicher und geistiger Arbeit sind allgemein bekannt und die weitere Wirkung auf Wirtshausbesuch, Alkoholmißbrauch und andere Störungen der Sittlichkeit, die alle zusammen wieder das wirtschaftliche Gedeihen der betreffenden Volkskreise beeinträchtigen, liegen nahe genug. Daß solch enges Zusammengedrängtsein besonders der Verbreitung übertragbarer Krankheiten außerordentlich Vorschub leisten muß, bedarf keiner weiteren Begründung. Ich habe vor einigen Jahren in dieser Zeitschrift bereits eingehender über die Verbreitung der Tuberkulose in der Stadt Fürth berichtet und dargetan, daß die Sterblichkeit an dieser Infektionskrankheit in jenen Stadtbezirken dauernd am höchsten sich hält, in denen sich das Luftmaß der Wohnungen unter 20 cbm bewegt oder nur sehr wenig sich darüber erhebt.

Einer besonderen Erwähnung bedarf bei Berichten über das Wohnungswesen noch die Frage der Unterbringung der sogenannten „Schlafgänger". Der Unterschied zwischen den Schlafgängern und Zimmermietern besteht, wie bekannt, wirtschaftlich darin, daß jene einen Wohnraum ganz oder geteilt für sich haben, worin sie sich auch den Tag über ungestört und für sich allein aufhalten können, während die Schlafgänger vertragsmäßig nur ein Recht auf eine Schlafstätte besitzen in einem Raume, dessen Benutzung während der Tagesstunden ihnen meistens nicht zusteht. Die meisten Schlafgänger sind junge Leute beiderlei Geschlechts, die sich den ganzen Tag hindurch in der Werkstätte oder der Fabrik aufhalten und die Essenspausen und Mußestunden im Wirtshause zubringen. Das Bedenklichste beim Schlafgängerwesen besteht nun zweifellos darin, daß es die Übervölkerung der ihnen zumeist zugänglichen kleinen Wohnungen, die hier ohnehin eine recht starke ist, noch vermehrt und die Gesundheit der übrigen Hausbewohner schädigt.

Die Zahl der Schlafgänger in Fürth war nach den Erhebungen verhältnismäßig groß, sie stellen die Mehrheit der „Untermieter", 2020 = 64,23 Proz. (3,63 Proz. der Bevölkerung), es sind fast ausschließlich Fabrikarbeiter.

Im nachstehenden sind die Zimmermieter und Schlafgänger auf die Wohnungen nach Größenklassen verteilt.

Nach dieser Zusammenstellung sind die Zimmermieter meistens in Wohnungen von vier und mehr Räumen untergebracht, während die Schlafgänger zum Teil (2,53 Proz.) in 46 Wohnungen hausen, die nach der Wohnungsinstruktion für Mittelfranken wegen ihrer beschränkten Räume nicht einmal für einfache Familien groß genug gelten, während über 75 Proz. aller Schlafgänger in Wohnungen von höchstens vier Räumen ihre Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahl der Räume	Zimmermieter (Z.)	Auf 1 Wohnung im Durchschnitt (Z.)	Schlafgänger (S.)	Wohnungen	Auf 1 Wohnung im Durchschnitt (S.)
1	—	—	6 = 0,30 Proz.	5	1,2
2	3 = 0,50 Proz.	1,0	45 = 2,33 „	41	1,1
3	36 = 5,94 „	1,0	495 = 24,50 „	402	1,2
4	236 = 39,44 „	1,0	983 = 48,96 „	716	1,4
5 bis 6	199 = 32,84 „	1,1	313 = 15,50 „	205	1,5
7 u. m.	129 = 21,28 „	1,5	172 = 8,51 „	46	3,7
	603 = 100 Proz.	1,1	2014 = 100 Proz.	1415	1,4

kunft haben, in denen immer auf vier Wohnungen schon fünf Schlafgänger kommen.

Über das Verhältnis der Wohnungsbelastung nach den verschiedenen Größenklassen durch das Schlafgängerwesen gibt folgende Übersicht Aufschluß:

Größe	Wohnungen		Bewohner	
	überhaupt	davon mit Schlafgängern	überhaupt	davon Schlafgänger
1 Raum	378	5 = 1,32 Proz.	580	6 = 1,04 Proz.
2 Räume	682	41 = 6,01 „	1 674	45 = 2,67 „
3 „	4414	402 = 9,11 „	16 597	495 = 2,98 „
4 „	3928	716 = 18,23 „	18 371	983 = 5,35 „
5 bis 6 „	2070	205 = 9,87 „	9 857	313 = 5,29 „
7 u. m. „	1557	46 = 2,95 „	8 576	172 = 2,01 „

Was den Luftraum in den Schlafzimmern anlangt, in welchen Schlafgänger untergebracht sind, wurde nachstehendes erhoben:

Es sind untergebracht in Schlafzimmern mit einem Luftraum von

	unter 10 cbm	10 bis 15 cbm	über 15 cbm	zusammen
männliche . . .	150 = 7,18 Proz.	299 = 14,30 Proz.	1642 = 78,52 Proz.	2091 = 100 Proz.
weibliche . . .	53 = 12,87 „	76 = 18,81 „	276 = 68,32 „	405 = 100 „

Der Zugang zu den Schlafräumen findet statt

	durch freie Räume	durch Schlafräume mit Schläfern	
		des eigenen Geschlechts	des anderen Geschlechts
für männliche Schlafgänger . .	1642 = 78,53 Proz.	63 = 3,01 Proz.	386 = 18,46 Proz.
„ weibliche „ . .	283 = 69,88 „	59 = 14,51 „	63 = 15,55 „

Es sind belegt:

Räume	Schlafräume	1 Schlafgänger mit Personen	Personen	2 Schlafgänger mit Personen	Personen	3 und mehr Schlafgänger mit Personen	Personen	Familienmitglieder		
			Proz.		Proz.		Proz.	des eigenen Geschlechts	des anderen Geschlechts	
									Erw.	Kinder
1648	Für männl. Schlafgänger	1269	60.69	317	30,32	62	8,99	290	26	10
361	„ weibl. „	321	79,20	36	17,78	4	2,96	101	17	15

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die Vermieter ergibt sich aus dem Vermieten von Schlafräumen in den kleinen Wohnungen der Nachteil, daß öfter die Familienangehörigen sich in größerer Anzahl bis zu zehn Personen in ein oder zwei Schlafzimmern zusammendrängen müssen, während der Schlafgänger das letzte Zimmer allein einnimmt.

Von sonstigen im vorstehenden nicht berührten Mißständen wäre zunächst die in vielen Fällen gegebene mangelhafte Belichtung der Wohnungen zu erwähnen.

Nach den gepflogenen Erhebungen wies ungefähr $^1/_{12}$ der untersuchten Räume mangelhafte Belichtungs- und Lüftungsverhältnisse auf, verursacht durch verschiedene Umstände, teils dadurch, daß diese Räume überhaupt keine unmittelbar ins Freie gehenden Fenster besaßen, teils dadurch, daß die zwar ins Freie führenden Fenster nur spärliches Licht aus den Zwischenräumen zwischen zwei Häusermauern oder recht engen Höfen, die sich allerdings nur mehr in einem Teile der Altstadt vorfinden, bezogen, teils dadurch, daß die Straßenbreite im Verhältnis zur Häuserhöhe eine zu geringe ist. Mitunter war auch die Fensterfläche im Vergleich zur Bodenfläche eine ungenügende und dadurch die Lichtzufuhr beschränkt. Der Anteil der dürftig oder schlecht belichteten Räume wurde in den Eigentümerwohnungen auf 10 Proz., in den Mietswohnungen auf 13,78 Proz. berechnet, wobei zu bemerken ist, daß in der Regel, je kleiner die Wohnung ist, desto mehr die schlecht belichteten und schlecht lüftbaren Räume in den Vordergrund treten. Die Gesamtzahl der fensterlosen, also ganz dunklen und der ungenügend belichteten Räume, in welchen diejenigen ohne Fenster ins Freie und mit Fenstern nur auf Mauern und Winkeln inbegriffen sind, betrug 13,07 Proz. aller Räume.

Von besonderem gesundheitlichen und wirtschaftlichen Nachteil ist ferner die Feuchtigkeit der Wohnungen. Feuchte Luft begünstigt bekanntlich die Wärmeabgabe des Körpers, sie erzeugt somit stets Kältegefühl, und feuchte Räume erfordern erfahrungsgemäß einen übermäßigen Verbrauch an Heizstoff. Die Ursache dieser Feuchtigkeit liegt nun neben anderen äußeren Ursachen, wie ungünstige Grundwasserverhältnisse, oder ungenügende Trockenlegung der Grundmauern, oder ungenügender Schutz der Außenwände gegen Witterungseinflüsse, zum großen Teil in mangelhafter Pflege, d. h. Trockenhaltung der Wohnung, sei es, daß in den Wohnungen gekocht, gewaschen oder Wäsche getrocknet wird.

Zur möglichsten Behebung der auf dem Gebiete bestehenden Mißstände wurde durch Beschluß der städtischen Kollegien bereits im Jahre 1901 ein ständiger, besoldeter Wohnungsinspektor angestellt und eine eigene Wohnungskommission errichtet, die sich aus einem rechtskundigen Magistratsrate, dem Amtsarzte und je einem Mitgliede der beiden städtischen Kollegien zusammensetzt. Zum Wohnungsinspektor wurde ein Techniker ernannt, der, soweit sanitäre Mißstände in Frage kommen, in Gemeinschaft mit einem Arzte die einzelnen Wohnungen zu untersuchen, auf die Beseitigung der vorgefundenen Mißstände an Ort und Stelle durch Belehrung hinzuwirken und, falls dies nicht gelingen sollte, Anzeige mit gutachtlicher Äußerung der Wohnungskommission vorzulegen hat.

Seine Aufgaben bestehen seiner Dienstanweisung gemäß im einzelnen:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

a) In der Untersuchung aller Gebäude und Gebäudeteile im Stadtbezirke Fürth, welche zum Aufenthalt für Menschen als Wohn-, Schlaf- oder Arbeitsraum dienen, der dazu gehörigen Küchen, Aborte, Zugänge, Keller oder sonstigen Räume und Höfe nebst Entwässerungsverhältnissen zwecks Feststellung von Mißständen auf Grund der gesetzlichen Vorschriften und ober- bzw. ortspolizeilichen Anordnungen, insbesondere der Verordnung vom 10. Februar 1901, die Wohnungsaufsicht betr. und der im Vollzuge hierzu erlassenen Regierungsentschließung vom 7. Mai 1901.
b) In der Ausführung und Überwachung der im Vollzuge dieser Verordnung künftig ergehenden ober- oder ortspolizeilichen Vorschriften.
c) In der Achtsamkeit auf sonstige Mißstände und Gefahren in gesundheitlicher oder sittlicher Beziehung.
d) In der Entgegennahme etwaiger Klagen und Beschwerden in bezug auf Wohnungen und Schlafstellen usw.
e) In der Beseitigung vorgefundener Mängel an Ort und Stelle durch Besprechung mit den Beteiligten, Belehrung und Warnung.
f) In der allwöchentlichen — bei dringlichen Angelegenheiten in der sofortigen — Erstattung von Anzeigen an den Vorsitzenden der Wohnungskommission, falls auf gütlichem Wege Beseitigung der beanstandeten Mißstände nicht zu erzielen ist, und in Bezeichnung der sachgemäßen Mittel zur Abhilfe.
g) In der Berichterstattung über seine Tätigkeit durch allmonatliche Vorlage seines Tagebuches an den Vorsitzenden der Wohnungskommission.
h) In der Anregung etwa nötig werdender weiterer ober- und ortspolizeilicher Vorschriften unter besonderer Beachtung der Richtpunkte der vorerwähnten Regierungsentschließung vom 7. Mai 1901 und § 16 der Verordnung vom 10. Februar 1901.

Was schließlich die Zahl der leerstehenden Wohnungen in der Stadt Fürth anlangt, so war sie im Laufe der Jahre eine schwankende, im Jahre 1904 bewegte sie sich mit 5,8 Proz. der Gesamtwohnungen noch wesentlich über den als Normalstand geforderten von 3 Proz. Später sank diese Zahl auf 1 Proz. der Gesamtwohnungen, zeitweise sogar etwas weiter herab, da wegen der Schwierigkeit der Geldbeschaffung die private Bautätigkeit nachließ, so daß verschiedene gemeinnützige Baugenossenschaften eingreifen mußten. Indes waren die Verhältnisse auf dem Wohnungsmarkte immer noch ziemlich erträgliche, bis dann der Krieg allmählich die gesamte Bautätigkeit brachlegte und sich eine ausgesprochene Wohnungsknappheit einstellte.

Diese Wohnungsknappheit hat sich nach einem von der Wohnungsinspektion mir in dankenswerter Weise überlassenen Bericht im Laufe des Jahres 1919 mehr und mehr in eine drückende Wohnungsnot verwandelt. Die außerordentliche Notlage mußte auch außerordentliche Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung zeitigen, die sich naturgemäß auf Erfassung und Ausnutzung des vorhandenen Wohnraumes und auf Schaffung neuen Wohnraumes erstreckten. Große Schwierigkeiten standen der Erfüllung dieser Aufgaben entgegen, von denen in erster Linie die Baustoffnot zu nennen ist. Manche Hemmung ergab sich aus der langen Ungewißheit bezüglich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der gesetzgeberischen Zuständigkeit. Durch die Reichsverfassung vom 11. August 1919 ist nun dem Reich für das Gebiet des Wohnungswesens das Recht gegeben, im Wege der Gesetzgebung Grundsätze aufzustellen.

Das Hauptziel der Arbeit während der Berichtsjahre — Obdachlosigkeit zu verhindern und die Schaffung einer möglichst großen Zahl neuer Wohnungen herbeizuführen — ist erreicht worden. Es darf festgestellt werden, daß wirkliche Obdachlosigkeit in nennenswertem Maße zu keiner Zeit eingetreten ist. Wenn das Erreichte auch ungenügend im Vergleich zum Bedarf ist, so waren es die schwierigen Zeitverhältnisse, die ein besseres Ergebnis zu erreichen unmöglich machten.

Zur Bekämpfung der Wohnungsnot waren besondere Vorschriften notwendig. So kam es zu der Bekanntmachung des Bundesrates über Maßnahmen gegen Wohnungsmangel vom 23. September 1918, die jedoch von vornherein nicht ausreichend war. Ganz besonders erwies sie sich für die bayerischen Gemeinden als ungenügend. Die Verhältnisse nötigten deshalb schon bald dazu, weitergehende Maßnahmen zu ergreifen; es geschah dies zunächst durch die bayerische Verordnung vom 22. November 1918, dann durch jene vom 29. April 1919, betreffend Bekämpfung der Wohnungsnot.

Mit diesen Bestimmungen wurde namentlich die Wohnungsrationierung eingeführt. Die Bekanntmachung über Maßnahmen gegen Wohnungsmangel vom 23. September 1918 hatte sich lediglich auf die Erfassung des unbenutzten Wohnraumes und auf dessen Heranziehung zu Wohnzwecken beschränkt. Nach und nach war aber in die weitesten Kreise der Bevölkerung die Überzeugung gedrungen, daß auch die benutzten Wohnräume zur Milderung der Wohnungsnot herangezogen werden müssen, soweit sie nicht für den Wohnungsinhaber unbedingt notwendig sind, soweit also ein Wohnungsluxus vorliegt. Es brach sich immer mehr die Auffassung Bahn, daß der Überfluß an Wohnraum zugunsten des Wohnungslosen abgegeben oder mit ihm geteilt werden müsse. Wohl bedeutet die Durchführung dieser Maßnahmen fast immer eine bitter empfundene Last des in der Ruhe und Behaglichkeit seines Heimes gestörten Wohnungsinhabers; aber die Not der Zeit muß, wie so viel anderes, auch diese schwere Bürde ertragen lehren. Der einsichtige Teil der Hausbesitzer und Wohnungsinhaber hat sich denn auch dieser Erkenntnis nicht verschlossen. Der Vollzug der Wohnungsrationierung gestaltete sich wohl vielfach schwierig, wobei hervorzuheben ist, daß der mit dieser Aufgabe betraute ehrenamtliche Ausschuß seine wenig angenehme Tätigkeit in der besten Weise löste.

Am 11. Mai 1920 ist eine neue Reichsverordnung über Maßnahmen gegen Wohnungsmangel in Kraft getreten. In dieser sind auch für die Wohnungsrationierung Grundsätze aufgestellt worden, so daß eine gewisse Einheitlichkeit in den Bestimmungen im ganzen Reiche eintritt.

Beschaffung von Wohngelegenheiten zur Steuerung der Wohnungsnot.

Über die seit Inkrafttreten des Waffenstillstandes zur Bekämpfung der Wohnungsnot getroffenen Maßnahmen ist im einzelnen folgendes zu berichten:

Auf Grund des § 5 der Bekanntmachung des Bundesrats vom 23. September 1918 sind durch das Wohnungsamt infolge der Erfassung unbenutzter Räume 62 Wohnungen an Wohnungssuchende überwiesen worden. In dieser

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahl sind auch jene beschlagnahmten Wohnungen inbegriffen, deren Inhaber noch über eine andere Wohnung verfügen.

Durch Einbau von Notwohnungen in leerstehende gewerbliche Räume sind 90 Wohnungen beschafft worden.

Die Wohnungsrationierung zeitigte ebenfalls bemerkenswerte Erfolge. Seitens des Vollzugsausschusses für Wohnungsfürsorge wurden bisher 600 Wohnungen besichtigt. Aus diesen konnten 127 Wohnungen für Familien und 116 Wohngelegenheiten für Einzelpersonen gewonnen werden.

Die Bestrebungen, durch Ausbau von Dachräumen Wohnungen zu gewinnen, haben ein befriedigendes Ergebnis aufzuweisen, indem bisher 32 Wohnungen dieser Art zur Ausführung gebracht werden konnten.

Durch die Neubautätigkeit wurden 115 Wohnungen dem Wohnungsmarkte zugeführt. Von diesen hat die Baugenossenschaft „Eigenes Heim" 64, der Spar- und Bauverein 34 und die Stadtgemeinde in den Stiftungshäusern an der Hardt 12 Wohnungen erstellt, während die übrigen auf Privatbauten treffen.

In den von der Militärbehörde überlassenen Gebäuden der alten Infanteriekaserne an der Sedanstraße und der Fußartilleriekaserne bei Weikershof sind 105 Wohnungen eingerichtet worden. Die Bauleitung war hier dem Stadtbauamt übertragen.

Aus den angeführten Gruppen ergeben sich sohin insgesamt 647 Wohnungen und Teilwohnungen, die durch bauliche Vornahmen und Instandsetzungsarbeiten geschaffen worden sind.

Hierzu kommen noch 16 Kleinwohnungen, welche gegenwärtig vom Stadtbauamt in den vier vom Reichsvermögensamt Nürnberg angekauften Lazarettbaracken auf der Hardt eingerichtet werden.

Baukostenzuschüsse aus Reichs- und Staatsmitteln.

Zu den Herstellungskosten für die erstellten Dauerwohnungen und Kasernenwohnungen wurden vom Reich und Staat Baukostenzuschüsse nach Maßgabe der Bundesratsbestimmungen vom 31. Oktober 1918 und der Vollzugsvorschriften hierzu vom 28. Dezember 1918 bewilligt. Diese betrugen jeweils $^5/_6$ der ungedeckten Baukostenüberteuerung. Den Rest — $^1/_6$ — hatte die Stadtgemeinde zu übernehmen, deren Leistungen wieder durch Zuschüsse des Kreises Mittelfranken gemindert worden sind. Auf die verschiedenen Bauvornahmen verteilen sich die Zuschüsse wie folgt:

	Reichs- und Staatszuschüsse M.	Zuschüsse der Gemeinde M.	Zuschüsse des Kreises M.
a) Neubauten der Genossenschaften, 98 Wohnungen . . .	1 480 000	138 000	157 000
b) Stiftungshäuser, 12 Wohnungen	310 000	25 000	25 000
c) Neubauten v. Privaten, 8 Wohnungen	30 870	2 430	3 900
d) Notwohnungen in den Kasernen, 105 Wohnungen	225 000	8 000	37 000
	2 045 870	173 430	222 900

Die Kosten der übrigen 427 Notwohnungen, welche vom Wohnungsamt in gewerblichen Räumen, in Dachgeschossen und in rationierten Woh-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nungen erstellt wurden, sind zu $^2/_3$ auf Konto der Kriegswohlfahrtspflege verrechnet worden. Den Bemühungen des Wohnungsamtes ist es außerdem noch möglich gewesen, für diese Zwecke aus den im außerordentlichen Staatshaushalt zur Bekämpfung der Wohnungsnot bereitgestellten Mitteln und aus dem Kreisfonds Beträge von 146000 M. und 10000 M. zu erhalten, so daß einschließlich der erstgenannten Zuschüsse zusammen 231000 M. verfügbar wurden. Hiervon sind bis jetzt 174000 M. aufgebraucht.

Künftige Maßnahmen gegen den Wohnungsmangel.

Während die Einrichtung von Notwohnungen, soweit es sich um Häuser handelte, die nicht der Stadt gehören, anfänglich sehr ungünstig beurteit wurde, hat man sich nach den Erfolgen bei Herstellung der ersten Notwohnungen bald davon überzeugt, wie vorteilhaft dieser Weg ist. Es war bemängelt worden, daß die Stadt Kosten für bauliche Arbeiten aufwenden sollte, um damit den Ertrag der Häuser von Privaten zu steigern. Daß diese Schlußfolgerung eine irrtümliche war, geht aus den angeführten Zahlen über die Zuschüsse bei Notwohnungen und ferner auch daraus zur Genüge hervor, daß alle angeschafften Einrichtungsgegenstände später an die Stadtgemeinde zurückersetzt werden müssen.

Bei der Frage, ob in größerem Umfange dauerhafte Notwohnungen hergestellt werden sollen, sind aber noch zwei weitere Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die von großer Bedeutung sind. Erstens werden bei diesem Verfahren ganz bedeutend weniger Baustoffe gebraucht, mit denen doch so wirtschaftlich wie nur möglich umzugehen aller Pflicht ist und zweitens werden das Reich und der Staat bei diesem Verfahren bei weitem nicht mit so hohen Baukostenzuschüssen in Anspruch genommen wie bei Neubauten. Da die bestehende Möglichkeit, Notwohnungen der hier geschilderten Art herzustellen, noch nicht in vollem Umfange ausgenutzt worden ist, dürfte Veranlassung gegeben sein, sich dieser Angelegenheit mit weiterem Eifer zuzuwenden.

Nach wie vor wird aber der Förderung der Neubautätigkeit volles Augenmerk zugewendet werden müssen, da durch die Wohnungsrationierung die Wohnungsnot nicht behoben, sondern nur gemildert werden kann. Seitens der Baugenossenschaften ist auch für die kommende Zeit beabsichtigt, eine ansehnliche Zahl von Kleinwohnungen zu errichten, doch ist die Ausführung der betreffenden Projekte zunächst noch davon abhängig, daß die vom Reiche zu leistenden Zuschüsse, welche für das Jahr 1920 wesentlich geringer als im Vorjahre vorgesehen sind, noch entsprechend Erhöhung finden. Hoffentlich werden die zuständigen staatlichen Stellen diesen Wünschen rechtzeitig entgegenkommen, damit die zum Bauen günstige Jahreszeit nicht unausgenutzt verstreicht.

Zur Linderung der verschärften Wohnungsnot erscheint es aber außerdem notwendig, neuerlich an die Bewohnbarmachung von Kasernen heranzutreten. Gerade dieser Weg dürfte der gangbarste sein, da bekanntlich durch die Entente die Verminderung der Wehrmacht zur Bedingung gemacht wurde und infolgedessen damit zu rechnen ist, daß auch in Fürth wenig oder gar nicht benutzte militärische Gebäude dauernd frei werden. Es würde dadurch die Möglichkeit geboten sein, noch im Laufe des Jahres eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beträchtliche Zahl von Wohnungen mit verhältnismäßig niedrigen Aufwendungen zu beschaffen.

Auf Antrag des Wohnungsamtes wurden mit dem Reichsvermögensamt Nürnberg bereits Verhandlungen wegen neuerlicher Prüfung der hiesigen Kasernen in bezug auf ihre derzeitige Belegung in die Wege geleitet. Der Bescheid des Reichsvermögensamtes lautete zwar zunächst sehr ungünstig, doch werden bei den zuständigen Ministerien weitere Schritte unternommen werden. Es ist außerdem auch die Möglichkeit geboten, eine Entscheidung über den Erwerb der Flugplatzbaracken alsbald herbeizuführen, nachdem die Schwierigkeiten, welche bisher vom Reichsschatzministerium angesichts des Einspruchsrechtes der Entente entgegengestellt worden sind, durch die Verhandlungen der inzwischen stattgefundenen Friedenskonferenz ihre Lösung gefunden haben dürften.

Wohnungsaufsicht.

Die Wohnungsaufsicht ist während der Kriegsjahre und auch noch bis zum Jahre 1919 gegenüber der Sorge für Beschaffung von neuen Wohnungen mehr und mehr zurückgetreten. In der Zeit, in der man unter dem Zwang der Verhältnisse Dachgeschosse ausbauen muß, um den Wohnraum zu vermehren, mußte davon abgesehen werden, den vorhandenen Wohnungsbestand durch eine scharfe Wohnungsaufsicht zu vermindern. An eine nachdrückliche Handhabung der Wohnungsaufsicht konnte in dieser Zeit der Wohnungsnot nicht gedacht werden. So mancher Fortschritt, der früher auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge erreicht worden war, ging wieder verloren.

Zurzeit beschränkt sich die Wohnungsaufsicht auf die Erledigung der Beschwerdeführungen über Wohnungsmißstände, die allerdings derart zunehmen, daß sie allein schon eine starke Inanspruchnahme des zuständigen Personals verursachen. Diesem sind auch die umfangreichen Arbeiten übertragen, welche sich aus den Verhandlungen über die Gewährung von Baukostenzuschüssen ergeben.

Wohnungsnachweis.

Die letzten Jahre waren für das Gebiet des Wohnungswesens von Bedeutung, indem als eine der ersten Aufgaben im neuen Wohnungsamt die Neubildung des Wohnungsnachweises vorgenommen wurde. Im Hinblick auf die bereits zu Beginn des Jahres 1918 bestehende Wohnungsknappheit und in Erwartung der mit Sicherheit vorausgesehenen Wohnungsnot galt es, vor allem das Angebot an vermietbaren Wohnungen möglichst restlos zu erfassen und deren Vermittelung nach bestimmten Grundsätzen durchzuführen. Der durch das Anwachsen der Zahl der Wohnungssuchenden ungeheuer zunehmende Parteiverkehr stellte große Anforderungen an das Personal, andererseits bereitete der Vollzug der unvorbereitet und schnell aufeinanderfolgenden staatlichen Vorschriften große Schwierigkeiten.

Nach der neuen Geschäftseinteilung wird beim Wohnungsnachweis für jeden Wohnungssuchenden ein Fragebogen ausgefüllt, der die persönlichen Verhältnisse des Wohnungssuchenden, seine jetzigen Wohnungsverhältnisse und die gewünschte Wohnung eingehend behandelt und so die Unterlagen für die Beurteilung der Wohnungsbedürftigkeit liefert. Diese Fragebogen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden von Kontrolleuren durch Nachschauen und Rückfragen in der Wohnung des Wohnungssuchenden geprüft, worauf seitens des für die Prüfung der Wohnungsgesuche eingesetzten Ausschusses die Entscheidung darüber erfolgt, ob das Wohnungsgesuch vordringlich oder dringlich ist, oder ob es von vornherein abgelehnt werden muß. Als vordringlich werden die Wohnungsgesuche solcher Personen angesehen, die überhaupt noch keine Wohnung innehaben bzw. beschränkt oder ungesund wohnen, insbesondere jene von Kriegsverletzten und Kriegsteilnehmern, sowie Flüchtlingen aus den besetzten Gebieten, ferner Gesuche, denen ein Räumungsurteil oder ähnliche Dringlichkeitsgründe zugrunde liegen. Als dringlich werden in der Hauptsache diejenigen Wohnungsgesuche erklärt, bei denen es sich um beabsichtigte Eheschließung handelt, oder um Personen, die wenigstens eine notdürftige Wohnung innehaben. Abgelehnt werden in der Regel Gesuche, bei denen eine unbedingte Notwendigkeit für einen Wohnungswechsel nicht vorliegt, oder wenn die betreffenden Gesuchssteller das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Wohnungssuchenden werden von der getroffenen Entscheidung schriftlich mit dem Hinweis verständigt, daß vorerst ein Besuch im Wohnungsnachweis unterbleiben muß, und daß bei Eingang eines geeigneten Angebotes Nachricht erfolgt.

Das gesamte eingehende Angebot, nämlich die von den Vermietern als vermietbar angemeldeten Wohnungen und die vom Wohnungsamt beschafften Wohngelegenheiten werden gesammelt und auf die nach dem Grade der Dringlichkeit, sowie nach Art und Größe der gesuchten Wohngelegenheit geordneten Wohnungsgesuche verteilt. Liegt für einen Wohnungssuchenden ein geeignetes Angebot vor, so wird er schriftlich ersucht, sich zur Abholung der Wohnungskarte (Zuweisungskarte) im Wohnungsnachweise einzufinden. Da nach der erwähnten Regierungsverordnung die Aufnahme eines von der Gemeindebehörde bestimmten Wohnungssuchenden vom Vermieter nicht verweigert werden kann und vom Wohnungsnachweis auf die Verhältnisse der Mieter sowohl wie insbesondere der Vermieter entsprechend Rücksicht genommen wird, vollzieht sich die Mieterzuweisung verhältnismäßig glatt, wenn auch nicht zu verkennen ist, daß viele Hausbesitzer Einwendungen aller Art erheben. Das Verfahren hat sich, soweit sich bis jetzt übersehen läßt, bewährt.

Während der Berichtszeit hat der Wohnungsnachweis 1535 Wohnungen vermittelt. Hiervon treffen auf Wohnungswechsel 1004, die übrigen auf neuerstellte Wohnungen.

Möblierte und leere Zimmer wurden rund 1900 vermittelt.

Wohnungsnachfrage.

1. Wohnungssuchende mit eigenen Wohnungen sind 513 als vordringlich vorgemerkt.

2. Wohnungssuchende, die eine eigene Wohnung nicht besitzen, d. h. Aftermieter sind oder bei Eltern bzw. Schwiegereltern in überfüllten Wohnungen sich befinden, sind 270 als vordringlich vorgemerkt.

3. Als weniger dringlich sind 1731 Wohnungssuchende gemeldet. Von diesen besitzen 700 eigene Wohnungen.

Insgesamt ergeben sich sohin 2514 Wohnungssuchende. Von diesen können 1213, die über eigene Wohnungen verfügen, durch Wohnungstausch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

befriedigt werden. Es verbleibt demnach noch ein Bedarf von 1301 Wohnungen, welche neuerstellt werden müssen.

Die Aussichten, diesen Mangel an Wohnungen in absehbarer Zeit den gesundheitlichen Anforderungen nur einigermaßen entsprechend zu decken, sind außerordentlich gering, wenn nicht auf irgend eine Weise eine Erleichterung der Beschaffung von Baumaterialien und eine Verbilligung des Bauens erzielt werden kann. Gegenwärtig übersteigen die Baukosten jene der Friedenszeit in ganz bedenklicher Weise. So kommen die 54 Familienhäuser der Baugenossenschaft „Eigenes Heim" auf etwa 2 160 000 M. zu stehen, die des Konsumgebäudes auf etwa 350 000 M., so daß die Gesamtkosten etwa 2 510 000 M. betragen. Diesen Kosten steht ein Friedenspreis von etwa 432 000 M. für die 54 Familienhäuser und von etwa 60 000 M. für das Konsumgebäude, im ganzen also 492 000 M. Friedenspreis gegen 2 510 000 M. in der Jetztzeit gegenüber.

Die in drei Gebäuden errichteten 34 Kleinwohnungen des „Spar- und Bauvereins" kommen auf etwa 820 000 M., während der Friedenspreis etwa 195 000 M. betragen würde.

Die vom gesundheitlichen Standpunkte zweifellos recht begrüßenswerte Tendenz, den Wohnungsbedarf der Arbeiterklasse mehr als bisher durch Errichtung von Einfamilienhäusern zu decken, wird bei der herrschenden Teuerung sich nicht weiter entwickeln können. Man wird wieder zu billigerer Bauweise greifen müssen und hat dies übrigens auch mit Rücksicht auf den Kostenpunkt in den letzten Jahren vor dem Kriege mehrfach getan und die Einfamilienhäuser in sogenannte „Gruppen-" oder „Reihenhäuser" zusammengelegt, wodurch schon eine gewisse Ersparung an Baukosten erreicht wurde. So vorteilhaft in mancher Beziehung der Besitz eines eigenen Heims für den Arbeiter auch ist, namentlich nach der ethischen Seite hin, insofern dadurch berechtigtes Selbstgefühl und das Gefühl der Verantwortung für den Eingentumsbesitz gehoben wird, so liegt andererseits die Sache doch nicht so, daß vom hygienischen Standpunkt das Wohnen im Einfamilienhaus als unbedingte Forderung einer richtigen Gesundheitspflege erklärt werden müßte. Es läßt sich auch in Gruppen- und Reihenhäusern gesundheitlich einwandfrei leben und selbst mit dem Wohnen in größeren Mietshäusern ist nicht an sich schon eine unbedingte Gesundheitsschädigung verknüpft. Erforderlich ist nur, daß die Bewohner den nötigen Sinn für Ordnung und Reinlichkeit und den guten Willen zu einer geeigneten Wohnungspflege mitbringen. Wo also der Erstellung von Wohnungen in Einfamilienhäusern besondere Hindernisse entgegenstehen, sei es, daß die Beschaffung von Baugelände zu annehmbaren Preisen nicht möglich ist, oder die Verteuerung oder Verschlechterung der Verkehrsverhältnisse das Wohnen an der Peripherie sehr erschwert oder unmöglich macht — Einfamilienhäuser können bei dem bestehenden Bodenpreise ja doch immer nur an der Peripherie einer Stadt gebaut werden — oder sei es, daß die hohen Baukosten zu besonderer Sparsamkeit in der Aufführung von Bauten nötigen, die bei aneinanderhängenden Gebäuden doch immer geringer sind als bei einzelstehenden Häusern, so wird man sich eben mit der dadurch aufgedrängten Notwendigkeit, größere Mietshäuser zu bauen, vorerst wieder abfinden und danach trachten müssen, diese, namentlich auch bezüglich der Abortabteilungen so einzurichten, daß gesundheitliche Schädigungen für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Mieter daraus nicht erwachsen. Für keinen Fall wäre es vom hygienischen Standpunkte als zweckmäßig zu bezeichnen, wenn man, um Einfamilienhäuser erbauen zu können, dies durch Einsparung an ihrer Grundrißausgestaltung oder gar an den für ein gesundes und behagliches Wohnen erforderlichen Raumausmaßen, sowohl nach der Bodenfläche als auch dem Luftinhalt, zu erreichen suchen würde.

Einzelne Architekten sind denn auch schon früher der allzu großen Ängstlichkeit gegenüber größeren Mietshäusern entgegengetreten und haben sich mit einer Verbesserung ihrer Ausgestaltung eingehender beschäftigt. So geschieht dies in dem Werke „Kleinhaus und Mietskaserne“ [1]). „Eine Untersuchung der Intensität der Bebauung vom wirtschaftlichen und hygienischen Standpunkte“ von Prof. Dr. Andreas Voigt und Architekt Paul Geldan. Als Muster einer hygienisch einwandfreien Anlage von größeren Mietshäusern ist dort die Umgestaltung des Goetheparkes in Charlottenburg, des großen Baublockes zwischen Kaiser-Friedrich- und Wilmersdorferstraße einerseits und Pestalozzi- und Schillerstraße andererseits in Wort und Bild näher dargestellt.

Man mag sich nun zu dieser Frage: „Kleinhaus oder Mietskaserne“ stellen wie man will, gegenwärtig sind für alle Fälle die Schwierigkeiten bezüglich der Beschaffung von Wohnungen, und zwar nicht nur von gesunden Wohnungen, sondern von Wohnungen überhaupt, so groß, daß ihre Lösung nahezu unüberwindbar erscheint, und daß daraus Gefahren, namentlich hinsichtlich Verbreitung übertragbarer Krankheiten, besonders der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, für unsere Volksgesundheit drohen, deren Abwehr ein außerordentliches Maß von Vorsicht und Tatkraft seitens aller hierzu berufenen Kreise in einmütigem Zusammenwirken erfordern.

Chronik der Sozialen Hygiene.

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

Alkoholismus.

Die beiden zurzeit interessantesten Fragen der Alkoholismusbekämpfung sind: Die Tatsache der Abnahme des Alkoholismus durch die Kriegsverhältnisse und die Wirkung der Prohibitionsgesetzgebung in Amerika. Erstere Frage braucht hier nicht mehr behandelt zu werden, da in Heft 3 (1921) dieser Zeitschrift Dr. Martin Vogel „Die Abnahme des Alkoholismus im Kriege“ aufs eingehendste und sorgfältigste untersucht und an der Hand der Literatur erörtert hat. Über das Alkoholverbot in den Vereinigten Staaten von Amerika liegt eine Arbeit von Dr. R. Hercod (Lausanne) in der Zeitschrift „Die Alkoholfrage“ 1920, Heft 1 vor. Die amerikanische Verbotsgesetzgebung, über die schon in unserem letzten Bericht zu diesem Gegenstande (April 1920) einiges gesagt worden ist, ist durchaus ernst zu nehmen und die vielfach tendenziösen Ausführungen in der Tagespresse sind mit großer Kritik und Skepsis zu betrachten.

[1]) Verlag von Julius Springer, 1905.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Februar 1921 hat das amerikanische Justizministerium angeordnet, daß Schiffe anderer Länder, die alkoholische Getränke an Bord haben, mit Beschlag belegt werden sollen, wenn sie sich innerhalb der amerikanischen Hoheitsgewässer befinden. Auf diese Weise soll verhindert werden, daß Schiffe, die alkoholische Getränke mit sich führen, Häfen der Vereinigten Staaten anlaufen. Das Verbot ist auch gerichtlich als gültig erkannt. Wahr ist zwar, daß in einigen Städten, z. B. in New York, Chicago, Philadelphia die Durchführung des Verbots noch zu wünschen übrig läßt — was ja erklärlich ist —, und daß ein schwunghaftes Herstellen geistiger Getränke im eigenen Haushalt begonnen hat, das manchmal so ungeschickt betrieben wird, daß es den Tod dieser Genießer herbeiführt. Ebenso wahr ist es, daß andere edlere Vergnügungen bereits an die Stelle getreten sind, daß es kaum mehr alkoholentgleiste Existenzen gibt, die Zahl der Polizeigerichtsfälle eine deutliche Abnahme zeigt, daß der Verkauf von Musikinstrumenten bedeutend zugenommen hat, freilich ebenso wie der Verkauf alkoholhaltiger Patentmedizinen. Aus den Berichten zum XV. Internationalen Antialkoholkongreß in Washington vom 21. bis 27. September 1920 ergibt sich in der Hauptsache, daß seit der Herrschaft des Verbots zu erkennen ist: weniger Verbrechen, weniger Armenunterstützung, bessere Arbeitsleistung, besseres Familienleben. Statistiken fehlen noch. Es handelt sich nicht mehr darum, ob Amerika das Verbotsgesetz haben und behalten wird, sondern ob und in welchem Maße man ihm gehorchen wird.

Vom 25. bis 30. Oktober 1920 fanden in Karlsruhe Versammlungen alkoholgegnerischer Organisationen, die sogenannte „Badische Alkoholgegnerwoche" statt. Sie begann mit einem wissenschaftlichen Lehrgang für gärungslose Früchteverwertung, dann folgte eine Sitzung des Badischen Landesverbandes gegen den Alkoholismus, ferner die 16. Jahresversammlung des Verbandes von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes, die 9. Konferenz für Trinkerfürsorge und namentlich die 32. Jahresversammlung des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke. Auf dieser letzteren wurde u. a. der schon berühmt gewordene Vortrag von Prof. Gaupp „Student und Alkohol" gehalten und Prof. Trommershausen sprach über den „Stand der Volkshausbewegung". Ausführliche Berichte finden sich in Heft 1, 1921, der Zeitschrift „Die Alkoholfrage".

Nach dem Bericht des Zentralkomitees der Auskunft- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, Alkoholkranke und Krebskranke in Berlin erstreckte sich im Jahre 1919 die Trinkerfürsorge in Berlin und den Vororten auf 1274 Fälle. 49 der Pfleglinge waren bis 30 Jahre, 639 über 30 bis 50, 580 über 50 Jahre alt. Dem Familienstande nach waren 852 Trinker verheiratet, 410 ledig, getrennt, geschieden oder verwitwet. Entmündigt oder in Pflegschaft gebracht wurden 58. In eine Trinkerheilanstalt kamen 7, in eine Irrenanstalt 25, in Krankenhäuser oder ähnliche Anstalten 40 Pfleglinge. In polizeiliche Beobachtung wurden 146 gewalttätige Trinker gebracht. Fürsorge für Familien von Alkoholkranken ist in 1041 Fällen eingetreten.

Ein Erlaß des Preuß. Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung vom 25. Mai 1920 wünscht die Schulen und die Lehrerwelt kräftig (möglichst im Zusammenarbeiten mit den alkoholgegnerischen Verbänden) zum Kampf gegen den Alkoholismus heranzuziehen. Die Unterrichtsverwaltungen von Anhalt und Lippe haben sich dem Erlaß angeschlossen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Erlaß des Preuß. Wohlfahrtsministeriums vom 8. November 1920 betrifft die „Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs", weil die Alkoholgefahr nach der zwangsweisen Unterbindung im Kriege jetzt wieder zuzunehmen beginne. Der Erlaß weist insbesondere auf folgende Maßnahmen hin: 1. Unterstützung der Trinkerfürsorgestellen und Trinkerheilstätten. 2. Förderung alkoholfreier Gasthäuser, Volksheime, Jugendheime, Wanderherbergen, Milchhäuschen, Trinkbrunnen und ähnlicher der Alkoholgefahr vorbeugender Einrichtungen. 3. Alkoholwissenschaftliche Lehrkurse für Lehrpersonen, Jugendpfleger, Jugendpflegerinnen, Wohlfahrtsbeamte und Wohlfahrtsbeamtinnen. 4. Förderung der Antialkoholausstellungen. 5. Sonstige Aufklärungsarbeit und örtliche Propaganda. Es stehen für diese Zwecke jährlich 4 Mill. Mark aus Reichsmitteln, und zwar aus § 258 des Branntweinmonopolgesetzes, zur Verfügung.

Der Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik beantragte am 25. Februar 1921 (Reichstags-Drucks. Nr. 1536), „der Reichstag wolle beschließen, die Reichsregierung zu ersuchen, möglichst schnell einen Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Trunksucht vorzulegen".

Kokainismus.

Unterm 30. Dezember 1920 erging das Reichsgesetz zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens vom 23. Januar 1912 (R.-G.-Bl. 1921, S. 2); dazu Ausführungsbestimmungen vom 26. Februar 1921 (R.-G.-Bl. S. 203). Die Begründung des Gesetzes vom 30. Dezember 1920 (Reichtags-Drucks. Nr. 1128) gibt dazu folgende wichtige Darlegungen:

„Das vorliegende Gesetz hält an einer Verbindung dieser beiden Arten der Kontrolle fest, um in wirksamer Weise den Verbrauch überwachen zu können. Die Besorgnis, daß die zur Herstellung von Heilmitteln erforderlichen Rohstoffe nicht in genügender Menge zur Verfügung ständen, ist gegenwärtig zwar zurückgetreten; um so wichtiger ist es aber, der mißbräuchlichen Verwendung von Morphin und Kokain, die hauptsächlich wohl infolge unrechtmäßigen Erwerbes aus Heeresbeständen in bedenklichem Maße zugenommen hat, entgegenzuwirken. Gemäß den Bestimmungen des Haager Opiumabkommens ist vorgesehen eine Erlaubnis zur Ein- und Ausfuhr, zur Herstellung und Verarbeitung, zum Handel sowie zum Erwerb und zur Veräußerung dieser Stoffe (§ 2 des Gesetzes). Daneben findet eine Kontrolle des Verbrauchs in der Weise statt, daß an die Personen, die im Besitz der Erlaubnis sind, nur auf Grund eines von der Opiumstelle auszustellenden Bezugscheins, der die Menge des abzugebenden Stoffes bezeichnet, abgegeben werden darf (§ 3 des Gesetzes). Da nach dem Haager Abkommen eine Überwachung der an dem Handel beteiligten Personen vorgesehen ist und das Reich diese Kontrolle auszuüben hat, da ferner der Erfolg der gesamten Überwachungsmaßnahmen davon abhängt, daß bei der Auswahl der zum Handel mit Opium usw. zuzulassenden Personen nach gleichmäßigen Grundsätzen verfahren wird, erscheint es notwendig, schon bei der Erteilung der Erlaubnis zur Ein- und Ausfuhr, zum Handel und zur Herstellung das Reich zu beteiligen. Die Erteilung der Erlaubnis soll deshalb wie seither durch die Landesregierungen erfolgen, jedoch im Einvernehmen mit der Reichsregierung (§ 2 des Gesetzes). Vor dem Kriege lag für Deutschland eine Notwendigkeit, im Interesse der eigenen Volksgesundheit einschränkende Bestimmungen über den Handel mit Opium, Morphin und Kokain zu erlassen, nicht vor. Es änderte sich dies aber schon bald während des Krieges, wo die häufigere Verordnung von Morphin und Kokain in erheblichem Umfang auch zu einer mißbräuchlichen Verwendung dieser Stoffe führte. Um diesem Mißbrauch im Inlande entgegenzuwirken, erging am 22. März 1917 eine Verordnung, betreffend den Handel mit Opium und anderen Betäubungsmitteln, die denselben dahin regelten, daß diese Stoffe im Großhandel nur an Apotheken und solche Unternehmen, denen ihr Erwerb besonders gestattet worden war, abgegeben werden durften, außerhalb des Großhandels nur in Apotheken und nur als Heilmittel. Erfolgte diese Regelung nur zu dem Zwecke, im Interesse der Gesunderhaltung des Volkes die mißbräuchliche Verwendung dieser Betäubungsmittel zu unterbinden, so trat bald noch ein zweiter Grund hinzu, der eine sparsame Bewirtschaftung der vorhandenen Vorräte an Opium usw. gebot. Es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war die aus der Absperrung von ausländischen Zufuhren sich ergebende Notwendigkeit, den Inlandsbedarf an diesen Betäubungsmitteln sicherzustellen. Auf dieser Grundlage entstanden die Verordnung über den Verkehr mit Opium vom 15. Dezember 1918 (R.-G.-Bl. S. 1447), ergänzt durch die Verordnung vom 20. August 1919 (R.-G.-Bl. S. 1474) und die Verordnung über den Verkehr mit Opium und anderen Betäubungsmitteln vom 20. Juli 1920 (R.-G.-Bl. S. 1464), die den Verkehr des bis dahin durch die Heeresverwaltung beschlagnahmten Kokains in ähnlicher Weise wie den Verkehr des Opiums und Morphins regelte. Diese Verordnungen hielten die durch die Verordnung vom 22. März 1917 eingeführte Kontrolle des Handels nicht für ausreichend, sondern kontrollierten außerdem den Verbrauch und die Notwendigkeit des Verbrauchs, indem sie die Anmeldung der vorhandenen Vorräte anordneten und jede Abgabe von Opium u. dgl. von der durch den Opiumkommissar bzw. die Opiumverteilungsstelle zu erteilenden Erlaubnis, die in Form eines Bezugscheins erfolgte, abhängig machten."

Das Landespolizeiamt beim Staatskommissar für Volksernährung hat die Wucherstellen angewiesen, die Drogerien und Schankwirtschaften in den Großstädten streng auf den Kokainhandel hin zu überwachen. Auf alle Fälle soll ein Schankwirt, der nicht willens ist, die Abgabe von Kokain durch seine Angestellten zu unterbinden, als unzuverlässig angesehen und gegen ihn die Handelsuntersagung ausgesprochen werden.

Besprechungen.

G. Liebermeister, Düren. Tuberkulose, ihre verschiedenen Erscheinungsformen und Stadien sowie ihre Bekämpfung. Berlin, J. Springer, 1921, 96 M.

Das vorliegende Werk über Tuberkulose stellt keines der üblichen Lehrbücher dar, die den derzeitigen Stand unseres Wissens in abgerundeter Form umfassen und vermitteln sollen. In ihm ist die ganze Tuberkulosefrage aufgerollt; anatomische, experimentelle und klinische Untersuchungen, sowie prophylaktischen und therapeutischen Zwecken gewidmete Studien und ihre Ergebnisse sind in ausgedehnter und exakter Weise mit außerordentlichem Fleiß verarbeitet, um immer wieder zu neuen Fragestellungen anregend, zur Lösung der gesamten Frage beizutragen. Inhalt und Zweck des Werkes ist, vom einzelnen, zeitlich begrenzten Erkrankungsfall aus den Blick auf das erkrankte Individuum zu lenken, die Tuberkulose vom Begriff der Organerkrankung zu dem der Allgemeinerkrankung zu erheben. Weiterhin sind ausführliche Untersuchungen dem Bestreben gewidmet, Klarheit über das Verhältnis der tuberkulösen Infektion zu ätiologisch andersartigen Krankheiten zu gewinnen. Zum ersten Male wohl ist systematisch auf Grund eines reichen Beobachtungs- und Tatsachenmaterials der Versuch gemacht, die Beziehungen vieler ätiologisch ungeklärter Symptomenkomplexe zur tuberkulösen Infektion ausfindig zu machen. Und schließlich kristallisieren sich aus den so gewonnenen Ergebnissen die prophylaktischen und therapeutischen Verwertungsmöglichkeiten heraus.

Demgemäß ist das Werk in fünf große Abschnitte eingeteilt: den anatomischen und experimentellen schließen sich die klinischen Untersuchungen an, denen der dem Verhältnis der Tuberkulose zu verschiedenen Krankheiten gewidmete Abschnitt angegliedert ist; es folgt die Stadieneinteilung der Tuberkulose, und den Schluß bildet ihre Verhütung und Heilbehandlung. Etwa 1000 Krankheitsfälle, die Resultate von weit über 400 Meerschweinchen- und über 100 Kaninchenversuchen sind in dem Werk zur Verarbeitung gelangt.

Aus den anatomischen und experimentellen Untersuchungen ergibt sich, daß die tuberkulöse Infektion nicht immer zur Bildung histologischer Tuberkulose zu führen braucht, daß die histologische Tuberkulose nur den Ausdruck einer gewissen, etwa mittleren Schwere der Infektion darstellt. Die klinischen Untersuchungen bringen im wesentlichen in eingehender Darstellung die Fortführung und den weiteren Ausbau der langjährigen Untersuchungen vor allem Liebermeisters über das Kreisen von Tuberkelbazillen im Blut — Tierversuch, Essigsäure-Antiforminverfahren — bei den einzelnen Stadien und Erscheinungsformen der Tuberkulose, wonach das Vorkommen von Tuberkelbazillen im Blut wohl aller Tuberkulösen anzunehmen ist. In der in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

demselben Abschnitt enthaltenen Bewertung der Tuberkulindiagnose wird der Verf. nicht überall völlig ungeteilte Zustimmung finden. Eine ausführliche und kritische Darstellung hat das Verhältnis der Tuberkulose zu den verschiedenen Krankheiten gefunden; aus der Fülle des Materials seien nur die Beziehungen zum Magengeschwür, zu Nierenerkrankungen, zu chronisch entzündlichen und indurativen Prozessen in der Leber (eingehend im ersten Abschnitt abgehandelt) und zu gewissen Psychosen, Psychopathien und Psychoneurosen hervorgehoben. In logischer Folge der Auffassung der Tuberkulose als einer ausgesprochenen Allgemeinerkrankung, zu der der Verf. im Verlauf seiner Untersuchungen gelangt ist, muß er, ebenso wie für die Lues, die Einteilung der Tuberkulose in ein Primärstadium, Sekundärstadium und Tertiärstadium befürworten. Die Schilderung der „Krankheitsbilder der sekundären Tuberkulose" ergibt ein sehr reiches, durch klinische und experimentelle Studien gestütztes Material. Aus dem fünften, prophylaktischen und therapeutischen Fragen gewidmeten Abschnitt ist vor allem eine in theoretischer und praktischer Hinsicht beachtenswerte Darstellung der spezifischen Behandlung mittels aktiver Immunisierung hervorzuheben. Die Versuche mittels passiver Immunisierung und in Aussicht gestellte weitere Untersuchungen darüber, sowie die Vorschläge zur Tuberkulosebekämpfung im großen sind ebenfalls aller Beachtung wert.

Bei der ganzen Art und dem Wesen des dem Werk zugrunde liegenden Stoffes war es wirklich für den Verf. nicht leicht, sein im Vorwort betontes Bestreben, möglichst viel objektives Material und möglichst wenig Hypothetisches zu bringen, durchzuführen. Aber es ist ihm gelungen, und so sei die wertvolle Arbeit, aus der der Theoretiker wie der Praktiker gleichviel Belehrung und Anregung schöpfen, und die vor allem seinen Blick auf neue Fragestellungen richten und zu neuer Betrachtungsweise der tuberkulösen Erkrankungen veranlassen wird, aufs beste empfohlen.

Fürbringer (Römhild).

C. Flügge. Grundriß der Hygiene. 9. Aufl., 863 S., 219 Abbild. Berlin und Leipzig, Verein wissenschaftl. Verleger, 1921.

Dem glänzenden Flüggeschen Lehrbuch eine eingehende Besprechung zu widmen, erübrigt sich bei seiner allgemein anerkannten Vortrefflichkeit. Es sei nur hervorgehoben, daß die neue Auflage auch die hygienischen Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegszeit auf dem Gebiete der Volksernährung, der Wohn- und Siedelungsfragen, der Entwickelung sozialhygienischer Einrichtungen usw. verwertet hat. Abel.

Kleinere Mitteilungen.

Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Vom 11. bis 13. September 1921 zu Nürnberg.

Sonntag, den 11. September.

8½ Uhr abends Begrüßungsabend. Vortrag über Alt-Nürnberg.

Montag, den 12. September.

9 Uhr vorm. Verhandlungen. Einziger Gegenstand: „Deutsche Jugendnot".

1. Die körperlichen Schäden und ihre Heilung.
   Berichterstatter Stadtarzt Prof. v. Drigalski (Halle a. S.).
2. Die seelischen Schäden und ihre Heilung.
   Berichterstatter Dr. Polligkeit (Frankfurt a. M.).
3. Die Zukunft unserer Rasse.
   Berichterstatter Prof. Dr. Kuhn (Dresden).

Von 4 Uhr an Besichtigungen.

Dienstag, den 13. September.

9 Uhr vorm. Fortsetzung der Verhandlungen.
Von 4 Uhr an Besichtigungen.

Für den 14. September ist ein Ausflug nach Rothenburg o. T. in Aussicht genommen.

Die Einladungen und die Leitsätze für die Vorträge werden in der nächsten Zeit mit den Verhandlungsberichten über 1919 und 1920 versandt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. Dr. R. Abel und **Dr. S. Merkel**
Geh. Obermedizinalrat, Jena
Obermedizinalrat, Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 9
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des neunten Heftes.

Seite

Einfachste, billigste und wirksamste Art der Volksbelehrung in Säuglings-, Kinder- und Mutterpflege und -fürsorge. Von Kinderarzt Dr. E. Welde in Leipzig 289

Das Arbeitsgebiet der Wohlfahrtsämter. Von Dr. Bruno Feilchenfeld, Berlin 294

Die Gesundheitsfürsorge im Rahmen des Kreiswohlfahrtsamtes. Von Kreisarzt Dr. Rehberg (Tilsit) 307

Von den gesundheitlichen Wirkungen des amerikanischen Alkoholverbots. Von J. Flaig in Berlin-Wilmersdorf 320

Besprechungen:

F. Prinzing: Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik. Weinberg (Stuttgart) 322

Westenhoefer: Die Aufgaben der Rassenhygiene im neuen Deutschland. Weinberg (Stuttgart) 323

C. Doering: Die Bevölkerungsbewegung der englischen Kolonien vor und in dem Weltkriege. Weinberg (Stuttgart) 324

Berenfeld: Die österreichische außerordentliche Volkszählung am 31. Januar 1920. Weinberg (Stuttgart) 324

Eyk: Organisation der Volksgesundheit. Weinberg (Stuttgart) 324

R. Pöthe: Badetechnik der Gegenwart. Voigt (Jena) 324

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1921. Heft 9.

Einfachste, billigste und wirksamste Art der Volksbelehrung in Säuglings-, Kinder- und Mutterpflege und -fürsorge.

Von Kinderarzt Dr. E. Welde in Leipzig.

Der Zug der Zeit geht unter anderem dahin, dem gesamten Volke eine gründlichere und vielseitigere Bildung angedeihen zu lassen. Man hält das für den sogenannten Wiederaufbau für nötig und erklärt diese Arbeit für verhältnismäßig leicht und dankbar, weil ein großes Bildungsbedürfnis in allen Volksschichten stecke. Was in dieser Richtung mein spezielles Arbeitsgebiet, die Säuglingspflege und -fürsorge anlangt, möchte ich zweierlei feststellen: 1. Über die dringende Notwendigkeit, bessere Säuglingspflege und -ernährungskenntnisse im gesamten Volke zu verbreiten, besteht seit vielen Jahren in eingeweihten Kreisen nicht der geringste Zweifel. Die allermeisten Kinder erkranken und sterben eben nicht an unabänderlichen angeborenen oder sozialen, wirtschaftlichen und anderen Schäden (Wohnungsnot, Milchmangel, Armut usw.), sondern an der Unkenntnis der Mütter usw. in richtiger Pflege und Fürsorge. Wenn dem zurzeit noch so ist, genügt es dann nicht, abzuwarten, bis die Mütter allmählich durch Schaden klug werden? Nein! Das würde in Deutschland, wie die bisherigen Erfahrungen lehren und die ganze deutsche Geschichte zeigt, nie oder zu langsam eintreten. Und jetzt tut Eile not. Deshalb ist vorbeugende Aufklärungsarbeit unbedingt nötig und muß schnellstens großzügig organisiert werden, wie das zurzeit allerwärts begonnen wird.

Was nun 2. besagtes weitverbreitetes Bildungsbedürfnis anlangt, so habe ich davon (wie viele andere Beobachter auch) bei den sogenannten unteren Volksschichten noch nicht das geringste bemerkt. Die „Frau aus dem Volke“ glaubt nach wie vor, alles zur Kinderpflege Nötige selbst zu wissen und macht von Aufklärungsmöglichkeiten (Beratungsstellen, Lehrkursen, Merkblättern, Broschüren usw.) nur spärlichen Gebrauch. Aber auch in sogenannten gebildeten Kreisen ist, mit einigen rühmlichen Ausnahmen (im Mittelstande), von dem vorausgesetzten Bildungshunger nicht viel zu merken.

Es wird also zunächst darauf ankommen, ein größeres Bildungsbedürfnis auf diesem Gebiete im Volke zu wecken. Appell an Pflichtgefühl u. dgl. ist heute leider in weitesten Kreisen wirkungslos. Die meisten Menschen sind auf Genuß und persönlichen Vorteil eingestellt. Unsere Belehrungsarbeit muß deshalb zunächst versuchen, dem Volke beizubringen: 1. daß das mit Sachkenntnis aufgezogene Kind am besten gedeiht und somit sich selbst, seinen Eltern und der Volksgemeinschaft zu Lust und Freude heranwächst, 2. daß sachgemäße Pflege am einfachsten, billigsten und sichersten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Aufzucht gesunden Nachwuchses führt, was nicht nur dem ganzen Volke, sondern zunächst schon der einzelnen Familie — allen Zeitnöten zum Trotz — von Vorteil ist. Um solche Gedankengänge populär zu machen, darf nicht einseitig an den Verstand appelliert werden (schon weil er nicht überall genügend vorhanden ist), sondern es muß auch auf das altbewährte deutsche Gemüt eingewirkt werden. Es führen viele Wege nach Rom. Ebenso viele zum deutschen Mutterherzen und zum deutschen Volksgemüt. Man muß sie nur liebevoll suchen.

Einen gut gangbaren Weg glauben wir in Leipzig gefunden zu haben, der uns sogar als der einfachste, billigste und wirksamste erscheint, den wir anderwärts nachzuprüfen bitten, und über den ich deshalb hier kurz berichten will.

1915 beauftragte mich der Leipziger Stadtobermedizinalrat Dr. Poetter mit der Abhaltung sogenannter Mutterkurse. Sie umfaßten 10 bis 12 Abende und waren allen Ständen und Berufen zugängig. Es wurden darin die wichtigsten Regeln der Pflege, Ernährung und Krankheitsverhütung im Kindes-, besonders Säuglingsalter nicht nur theoretisch besprochen, sondern auch an Säuglingen (einer Mutterberatungsstelle) praktisch geübt. Inhalt und Einteilung des Stoffes ist veröffentlicht in zwei kurzen Leitfäden: Welde, „Mutterkurse", Leipzig, Verlag Theodor Weicher (Katalog daselbst erhältlich). Allmählich haben wir den Inhalt in verschiedenen Richtungen etwas erweitert, wovon noch zu reden sein wird. Als Eintrittsgeld (zur Deckung der Unkosten und Arzthonorar) wurden 5 bis 10 M. erhoben, daneben auch ganz unentgeltliche Kurse veranstaltet für die bekannte „Frau aus dem Volke". Die aber nicht kam! In den gebildeten Mittelstandskreisen dagegen war das Interesse für diese Mutterkurse bei Verheirateten wie Unverheirateten so rege, daß (trotz zweijähriger Unterbrechung infolge meines Feldaufenthaltes) die Teilnehmerzahl Anfang 1920 bereits 2000 überschritten hatte.

Es handelte sich dabei offenbar nicht nur um ein flüchtiges Interesse oder eine Mode. Vielmehr wurde aus den Teilnehmerkreisen wiederholt der Wunsch nach Fortsetzung und Vertiefung der begonnenen Belehrung laut. Dieser Wunsch wurde schließlich durch Stadtobermedizinalrat Dr. Poetter und mich durch Gründung des „Vereins für Volksbelehrung in Säuglings-, Kinder- und Mutterpflege" in eine praktisch leicht durchführbare Form gebracht. Das Ziel dieses im April 1920 gegründeten Vereins besteht darin, fachmännische Aufklärung über moderne Säuglings- usw. -pflege und -erziehung in alle Volkskreise zu tragen. Unter Fachleuten verstehen wir Ärzte, Lehrer, Lehrerinnen u. dgl., nicht aber unapprobierte Naturheilkundige, was zur Unterscheidung von manchen ähnlich betitelten Vereinen bemerkt sei. Der bisher schon fast 500 Mitglieder zählende Verein vereinigt nun zwar die verschiedensten Stände, Berufe (und Altersklassen) in sich, hat sich aber doch gegen unsere eigentliche Absicht vorwiegend zum Mittelstandsverein entwickelt, was andererseits wieder große Vorzüge hat, da das gemeinsame Bildungsniveau gleichmäßiger ist.

Die Tätigkeit des Vereins erstreckt sich 1. auf weitere Abhaltung der Mutterkurse, 2. auf eine einmal monatlich (jeden ersten Montagabend in einer Schulaula) stattfindende Mitgliederversammlung, deren Mittelpunkt Fortbildungsvorträge mit freier Aussprache bilden, in denen das unerschöpf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liche Thema Mutter und Kind von allen Seiten behandelt wird, also nicht nur von der ärztlich-hygienischen, sondern ebensowohl von der erzieherischen, künstlerischen, ethischen, religiösen, volkswirtschaftlichen und — nicht zuletzt — vaterländischen, 3. auf schriftstellerische und sonstige Propaganda.

Um immer weitere Kreise auf unsere Bestrebungen aufmerksam zu machen, werden von Zeit zu Zeit größere Werbefeste (im Künstlerhaussaal u. dgl.) veranstaltet. Ihr Programm besteht außer einem wertvollen Vortrag von hervorragenden Fachleuten, aus musikalischen, deklamatorischen, rhythmisch-gymnastischen Darbietungen, Theateraufführungen kleiner selbstverfaßter Tendenzstücke (z. B. „Der Übersäugling", „Eine merkwürdige Kreuzung", Leipzig, Verlag Theodor Weicher), schließlich geselligem Beisammensein (sogar mit Tanz). Die Feste haben großen Anklang gefunden und uns zahlreiche neue Interessenten und Förderer gewonnen.

Eine ganz unerwartete Erweiterung unserer Tätigkeit — weit über Leipzig hinaus — trat dadurch ein, daß uns (nachdem mich mehrere Ärztevereine Sachsens zu Fortbildungskursen aufgefordert hatten), mehrere Städte (z. B. Apolda, Ilmenau, Cottbus usw.) zur Abhaltung eines Mutterkurses einluden und ferner die Wohlfahrtsämter der umliegenden Amtshauptmannschaften für die Abhaltung von Fortbildungskursen für ihre Fürsorgerinnen und Hebammen, besonders aber von Säuglingspflegelehrkursen für großes gemischtes Publikum an möglichst vielen Orten ihres Bezirkes vertraglich verpflichteten. Diese Kurse in kleinen Städten und auf dem Lande, die dortselbst nur je fünf Abende umfassen, erfreuen sich eines geradezu erstaunlichen Zuspruchs. Wir sind infolgedessen innerhalb eines halben Jahres zu 32 derartigen Kursen aufgefordert worden. Diese Kurse bestehen nicht nur aus den ärztlich belehrenden Vorträgen (nebst Lichtbildern und praktischen Vorführungen), sondern sie werden umrahmt von Darbietungen aller Art (Musik, Turnen, Deklamation, lebende Bilder usw.) durch die ortsansässigen Vereine (Frauenverein, Arbeiterverein, Jugendgruppen usw.) und durch geselliges Beisammensein.

Weiteres über Inhalt und Form der Kurse siehe Schluß sowie die Abhandlungen des Verfassers in der Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz, 1920 Sept.-Okt.-Heft, 1921 Sept.-Heft; Krippenzeitung, 1919 Heft 5, und 1921.

Wenn wir, wie die Überschrift sagt, so bescheiden sind, diese Art der Volksbelehrung für die einfachste, billigste und wirksamste zu halten, so bedarf diese Ansicht noch einer kurzen Begründung.

Die Einfachheit unseres Vereinsbetriebes ist aus vorstehendem ja ohne weiteres ersichtlich. Im übrigen sind die Vereinssatzungen beim Leipziger Stadtobermedizinalrat Dr. Poetter — Neues Rathaus — (gegen Portoeinsendung) jederzeit erhältlich.

Die Billigkeit ist aus der Tatsache ersichtlich, daß keinerlei staatliche, städtische oder private Zuschüsse benötigt werden. Die Einnahmen sind sogar noch etwas größer als die Ausgaben (also ein gänzlich unmodernes Finanzgebaren!). Die Einnahmen bestehen aus den äußerst niedrigen Mitgliederbeiträgen (5 M. jährlich), den Eintrittsgeldern zu den Mutterkursen und den Überschüssen der Werbefeste. Neuerdings kommen dazu noch 10 Proz. der Einnahmen aus den Amtshauptmannschaften, die zurzeit pro Lehrkursus 1000 M. und Fahrgeldentschädigung zahlen. Die übrigen 90 Proz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erhält der vortragende Arzt als Honorar für den relativ großen Zeitaufwand (meist 6 bis 7 Stunden Abwesenheit von Leipzig an jedem Vortragstage). Anderwärts dürfte sich dieses Arzthonorar für ortsansässige Ärzte wesentlich ermäßigen lassen. Die Ausgaben bestehen in Arzthonorar für die Mutterkurse und gelegentlichen Unkosten für Drucksachen (Zeitungsinserate, Werbeschriften usw.). Diese günstige Finanzierung ist natürlich nur dadurch möglich, daß der Vortragsraum (Schulaula) dankenswerter Weise vom städtischen Schulamt unentgeltlich zur Verfügung steht und alle Mitarbeit von Vereinsmitgliedern und sonstigen Gönnern (bei den Vorträgen und Festen usw.) unentgeltlich getan wird.

Was die Wirksamkeit unserer Methode anlangt, so beruht sie — unserer Ansicht nach — auf folgenden Faktoren:

1. Der mündlichen Belehrung, die bekanntlich dem gedruckten Wort überlegen ist.
2. Einer bewußten Vertiefung und Erweiterung des rein hygienisch belehrenden Inhalts auf angrenzende Gebiete.
3. Einer nicht nur an den Verstand, sondern auch an das Gemüt appellierenden, im übrigen möglichst humorvollen Tonart.
4. Der Freiheit von aller amtlichen Bevormundung.

Zu 2. Wir lehren nicht nur die wichtigsten Pflege- und Ernährungsregeln und Handgriffe, sondern wir streifen auch die Abhängigkeit des körperlichen und geistigen Wohlbefindens und Gedeihens von Mutter und Kind von den verschiedensten wirtschaftlichen, politischen und sittlichen Faktoren. Gerade die auf der diesjährigen Nürnberger Tagung zur Sprache kommenden mannigfachen Ursachen der körperlichen und geistigen Jugendnot und die Versuche zu ihrer Linderung gehören in geeigneter Form in solche Kurse mit hinein, um auch dem geistig regeren Teil des Publikums möglichst viel Anregung zu geben und den Blick des Volkes über die Kleinigkeiten der Körperpflege hinaus auf größere Zusammenhänge und Grundfragen zu lenken. In diesem Sinne betonen wir u. a. den dritten Punkt der Nürnberger Tagesordnung, die Erhaltung unserer Rasse, immer ganz besonders, und sagen, daß nicht nur das gestillte Kind besser dasteht, als das künstlich genährte, sondern auch das rassereine besser als das aus zu wesensfremden Blutmischungen hervorgegangene. Denn ich kann mir einen weitschauenden deutschen Kinder- und Mutterschutz nicht denken ohne planmäßigen Rassenschutz.

Zu 3. Wir erinnern daran, daß das gestillte Kind nicht nur wegen der leichteren Verdaulichkeit der Muttermilch und anderer Vorzüge derselben vor der Kuhmilch besser gedeiht, sondern auch infolge der mancherlei, zwar unbenennbaren und unmeßbaren aber sicher vorhandenen seelischen Fäden, die beim Stillen zwischen Mutter und Kind herüber und hinüber laufen. Wir sagen den Müttern, daß demnach auch zur Aufzucht gesunder Kinder nicht nur die genaue Befolgung der Körperpflegevorschriften nötig ist, sondern eine gewisse zuversichtliche Stimmung und vor allem Lust und Liebe zum Kind. Kurz und gut, wir stellen die Aufzucht gesunder Kinder nicht nur als eine (von vielen zurzeit mit Unrecht bezweifelte) mühevolle Pflicht hin, sondern als eine für jede normal empfindende Frau, Familie und Volksgemeinschaft tiefinnerliche Freude und Genugtuung. Durch möglichst humorvolle Tonart suchen wir auch denjenigen die Teil-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nahme an unseren Kursen schmackhafter zu machen, die durch Sorgen niedergedrückt sind oder zunächst mißtrauisch, mißmutig und gleichgültig beiseite stehen.

Schließlich und endlich versuchen wir, den Zuhörern klar zu machen, daß die gemeinsame Jugendnot nur durch gemeinsame Zusammenarbeit aller Volksgenossen gelindert werden kann, und daß deshalb gerade auf diesem Gebiete alle politischen und sonstigen Weltanschauungsgegensätze in den Hintergrund zu treten haben. In diesem Bestreben, in unsere Veranstaltungen einen politisch-neutralen, aber gemeinsamen vaterländisch-völkischen Unterton zu bringen, werden wir mit bestem Erfolg durch die den verschiedensten politischen und sonstigen Richtungen angehörenden mitwirkenden Vereine (s. oben) unterstützt. So bringt bald der Frauenverein vaterländische oder religiöse Lieder zu Gehör oder führt entsprechende Lichtbilder oder lebende Bilder vor, bald erfreut der Arbeiter-Turn- oder Gesangverein mit Darbietungen, bald wird ein gemeinsames Lied gesungen. So werden Brücken herüber und hinüber geschlagen, die in der heutigen Zeit der Zersplitterung von großer Wichtigkeit sind.

Wir lassen in den freien Aussprachen jede Weltanschauung zu Worte kommen und ehren sie, sind aber andererseits bestrebt, der derzeitigen materialistischen Weltanschauung, die im Kinde entweder den unerwünschten Mitesser oder die zukünftige Arbeits- und Geldverdienmaschine sieht, eine etwas idealere, gemütvollere, religiösere, also die alte deutsche Weltanschauung, zur Auswahl gegenüberzustellen, und sehen mit innerster Befriedigung, wie sich die Wage allmählich wieder nach der letzteren Seite neigt.

Zu 4. Diese etwas weiter ausgreifende und gefühlsbetontere Handhabung der Volksbelehrung (die das offensichtliche Wohlgefallen aller Bevölkerungskreise findet), ist nur möglich, weil wir absolut frei und von keiner amtlichen Bevormundung oder Rücksichtnahme beengt sind. Selbstredend wollen wir mit unserem Verein keine Extratouren tanzen, sondern uns in den Rahmen der jetzt vom Staate ins Leben gerufenen hygienischen Volksbelehrung einfügen, soweit es sich mit unserer Weltauffassung verträgt.

Ich könnte mir aber — wenn ich meiner Phantasie einmal die Zügel schießen lasse — vorstellen, daß es zurzeit in Deutschland den einen oder anderen Menschen gibt, der mit der momentanen Regierung nicht in allen Punkten übereinstimmt. Solche Menschen lassen sich dann leicht verleiten, aus Prinzip schmollend beiseite zu stehen, nur weil die oder jene Anordnung oder Anregung von der Behörde ausgeht. In unserem Verein können sich auch diese Mißvergnügten zur Mitarbeit einfinden und tun es auch tatsächlich, denn wir setzen uns aus allen Parteien zusammen und haben uns bis jetzt gut vertragen. Unberufen!

Zum Schluß bitte ich nun alle Leserinnen und Leser vorstehender Ausführungen, dieselben nicht als Unterhaltungsfeuilleton anzusehen und wieder beiseite zu legen, sondern entweder uns eine Kritik unserer Vorschläge zukommen zu lassen, oder — falls sie Anklang finden — sie im eigenen Wirkungskreise in die Tat umzusetzen. Wir sehen im Geiste schon die Volksbelehrungsvereine in Säuglings-, Kinder- und Mutterpflege wie Pilze aus der Erde schießen und stellen weitere Düngemittel dazu jederzeit gern zur Verfügung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Arbeitsgebiet der Wohlfahrtsämter [1]).

Von Dr. Bruno Feilchenfeld, Berlin.

I.

Die Notwendigkeit, unsere Wohlfahrtspflege in Wohlfahrtsämtern zu organisieren, ist durch die Arbeiten Bergers, Behr-Pinnows, Christians, Richters, Pauls u. a. [2]) zur Genüge dargetan. Kein Sachverständiger zweifelt, daß eine gewisse Organisation und Zentralisation dringendes Erfordernis ist, soll der Kräftezersplitterung und dem Dilettantismus Einhalt geboten werden, soll Planmäßigkeit an Stelle des Zufalls treten, soll mit den vorhandenen Mitteln die größtmögliche Wirkung erreicht und sollen auch die bisher schlecht versorgten Gebiete mit einem Mindestmaß von sozialer Fürsorge versehen werden.

Ziemliche Einmütigkeit besteht auch in der Frage, wie groß die Bezirke der Wohlfahrtsämter zu gestalten sind. Für das Nützlichste hält man es, daß jede größere Stadt ein eigenes Wohlfahrtsamt einrichtet, und für die kleineren Städte und das flache Land die preußischen Kreise (bzw. an Größe entsprechende Teile der anderen Bundesstaaten) je einen Wohlfahrtsbezirk bilden — Städtische Wohlfahrtsämter und Kreiswohlfahrtsämter.

Diese Einmütigkeit besteht nicht, wenn die Frage auftaucht: Welche Gebiete des sozialen Lebens sind dem Wohlfahrtsamt zu unterstellen? Mit anderen Worten: Was ist das Arbeitsgebiet des Wohlfahrtsamtes?

Bisher wurden die Gebiete des sozialen Lebens, die man dem Wohlfahrtsamt unterstellen wollte, nebeneinander aufgereiht, ohne daß von den Praktikern und Theoretikern ein grundlegendes Prinzip entwickelt wurde. So hat man an der einen Stelle die Armenpflege einbezogen, an der anderen sie streng von den Aufgaben des Wohlfahrtsamtes getrennt. Das Jugendamt wurde in der einen Stadt dem Wohlfahrtsamt unterstellt, in der anderen nicht ... usf. Eine Vorstellung dieser Mannigfaltigkeit erhält man durch Albrechts Abhandlung über Städtische Wohlfahrtsämter [3]).

Die herrschende Unsicherheit über das Arbeitsgebiet des Wohlfahrtsamtes wird besonders klar, wenn man die Verhandlungen der Versammlung der Regierungs- und Medizinalräte vom September 1919 [4]) liest, in der man

---

[1]) Die vorliegende Arbeit verdankt ihre Entstehung einer Diskussion im Sozialhygienischen Seminar, das Herr Dr. Christian in der Zentralstelle für Volkswohlfahrt im Winter 1920/21 in Berlin abhielt. Zum Thema „Organisation der Wohlfahrtspflege" hatte der Verf. dieser Zeilen das Korreferat. Im Anschluß an die Referate fand eine Diskussion statt, deren Hauptträger der Seminarleiter Herr Dr. Christian war. Eine der strittigen Fragen versucht der Verf. in der vorliegenden Arbeit zu klären. Es ist ihm zugleich ein Bedürfnis, Herrn Dr. Christian für die Anregung und Hilfe, die aus seinen Darlegungen floß, zu danken.

Als Literaturnachweis ist die Kartothek der Zentralstelle für Volkswohlfahrt benutzt worden, die sich im wesentlichen mit dem Literaturnachweis bei Richter, Kreiswohlfahrtsamt und ländliche Wohlfahrtspflege, Berlin 1919, deckt. Darüber hinaus wurden Neuerscheinungen berücksichtigt.

[2]) Siehe den Literaturnachweis bei Richter, Kreiswohlfahrtsamt und ländliche Wohlfahrtspflege, Berlin 1919.

[3]) Albrecht, Städtische Wohlfahrtsämter, Berlin 1920.

[4]) Abgedruckt in Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 10, Heft 4, S. 51 u. 52, Berlin 1920. Im gleichen Heft das später zitierte Referat von Ascher.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich auf die Formel „Betätigung auf den drei Gebieten der Volksgesundheit, der Fürsorge und des Wohnungswesens" einigte. Sind Volksgesundheit und Wohnungswesen nicht Zweige der Fürsorge? Was soll unter der besonders genannten Fürsorge verstanden werden? Andererseits taucht auch die Frage auf, ob das Gebiet der Reichsversicherungsordnung und der Krankenkassengesetzgebung, die man dem Kreiswohlfahrtsamt nicht unterstellt hat, nicht recht wichtige Betätigungen auf dem als Aufgabe des Wohlfahrtsamtes genannten Gebiet der Volksgesundheit sind.

Solange die Wohlfahrtspflege in den Kinderschuhen steckte, konnte man mit diesen allgemeinen Fassungen des Arbeitsgebietes auskommen. Die Wohlfahrtspflege experimentiert ja, wie später ausgeführt werden wird, und leistet der Gesetzgebung Pionierdienste; was sich bewährt, wird in gesetzliche Formen gegossen. Der Zeitpunkt scheint nun nicht mehr fern, zu dem man wenigstens den Rahmen der heutigen Wohlfahrtspflege für das Reich allgemeingültig regeln wird, und deshalb müssen wir aus den verschwommenen Vorstellungen heraus zu klaren Begriffen gelangen: was ist das Arbeitsgebiet, wie weit reicht der Aufgabenkreis des Wohlfahrtsamtes? Ein allgemeingültiges Prinzip muß festgestellt werden.

Das Wohlfahrtsamt soll die Wohlfahrtspflege in seinem Bezirk in die Hand nehmen, und also muß das verlangte Prinzip entwickelt werden an der Begriffsbestimmung der Wohlfahrtspflege — oder wie wir sie später benennen werden: der Fürsorge. Nach Erdberg sind die Aufgaben der Wohlfahrtspflege stets nur heutige; sie ändern sich jeweils mit dem Stande der wirtschaftlichen Entwickelung und der gesellschaftlichen Zustände. Ich gehe noch weiter und halte es selbst für möglich, daß unter einer völligen Änderung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Zustände der Begriff der Wohlfahrtspflege ein anderer ist, z. B. in der Hinsicht, daß die Fürsorge sich dann nicht nur auf die minderbemittelte, sondern auf die gesamte Bevölkerung erstreckt. Die Begriffsbestimmung der Wohlfahrtspflege oder Fürsorge, die ich im folgenden entwickele, soll nur eine für den heutigen Stand des sozialen Lebens und für die ihm entsprechende praktische Arbeit brauchbare Grundlage abgeben.

II.

Was verstehen wir unter Wohlfahrtspflege?

Die einen Autoren vermeiden eine Erörterung dieser Frage ganz, die anderen unterlassen eine eindeutige Begriffsbestimmung.

Polligkeit[1]) erörtert die Frage in dem Abschnitt über Wohlfahrtsministerien, weist auf die Verschiedenartigkeit der Auffassung über den Begriffsinhalt der Wohlfahrtspflege hin, und stellt vor allem fest, daß Wohlfahrtspflege als Wirkungskreis eines Wohlfahrtsministeriums nicht in so weitem Sinne gemeint sein kann, wie der Begriff Wohlfahrt in der Reichsverfassung von 1871. Dort heißt es: Das Deutsche Reich ist eine Vereinigung ... geschlossen „zum Schutz des Bundesgebietes und des ... Rechtes sowie zur Pflege und Wohlfahrt des deutschen Volkes". Faßt man Wohlfahrtspflege als Aufgabenkreis eines Ministeriums in diesem

[1]) Polligkeit, Formen der Arbeitsgemeinschaft zwischen den Zentralbehörden der staatlichen Wohlfahrtspflege und Zentralvereinigungen der freien Wohlfahrtspflege, in „Concordia" vom 1. Dezember 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sinne, so würden, meint Polligkeit mit Recht, alle anderen Ministerien mit Ausnahme des Auswärtigen Amtes, des Kriegs- und des Justizministeriums dem Wohlfahrtsministerium einzuverleiben sein.

Ebenso meint Ascher[1]), alles zwischen Geburt und Tod diene dem Wohl des Volkes und müsse darum als Wohlfahrtsbestrebung angesehen werden; deshalb sei das eigentliche Ministerium der öffentlichen Wohlfahrt die Kanzlei des Reichskanzlers.

Auf Grund solcher Überlegung kommt Polligkeit dahin, die Wohlfahrtspflege als die nicht systematisch, sondern praktisch und taktisch gebotene Zusammenfassung der Gebiete anzusehen, deren Durchdringung mit dem sozialen Reformgedanken am notwendigsten erscheint, und bezeichnet als Wirkungskreis des Wohlfahrtsministeriums: „Schutz und Fürsorge für die minderbemittelte Bevölkerung auf wirtschaftlichem, erzieherischem und gesundheitlichem Gebiete". Dagegen meint Ascher, was wir unter Wohlfahrtspflege verstehen, sei ein im Fluß befindlicher Gegenstand und könne ebensowenig abgegrenzt werden, wie man die Wandungen einer lebenden Amöbe unter dem Mikroskop fassen kann.

Richter, der im Abschnitt über das „Sachliche Arbeitsgebiet des Kreiswohlfahrtsamtes" die Forderung stellt: „Das Kreiswohlfahrtsamt soll eine Besserung der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnisse des Kreises anstreben" — wirft wenige Zeilen später die Frage auf, ob das nicht zu viel der Aufgaben für ein Amt wäre. In der Tat, das Kreiswohlfahrtsamt würde dabei zur Spitze aller Kreisbehörden werden. Würde gesetzlich das Arbeitsgebiet des Wohlfahrtsamtes mit den Worten Richters umschrieben werden, so könnte der Leiter des Amtes mit Recht bald alle Gebiete des sozialen Lebens unter seine Aufsicht zu bringen suchen. Das hat auch Richter nicht vorgeschwebt, und wenn er zwei Seiten weiter an die Aufzählung der einzelnen Zweige der Wohlfahrtspflege geht, so sind es die gleichen Gebiete der Fürsorge wie bei den anderen Autoren.

Wo die Satzungen eines Wohlfahrtsamtes gleichlautend mit Richters Forderung aufgestellt sind, wie in Rotenburg a. d. Fulda: „Zweck des Kreisfürsorgeamtes ist die Sorge für das geistige und leibliche Wohl, sowie die wirtschaftliche Lage aller Kreisangehörigen" — man höre: aller! —, wird dieser Satz sofort durch ein „insbesondere" der Kriegsbeschädigten usw. eingeschränkt. Die Aufzählung der einzelnen Arbeitsgebiete zeigt dann, daß der einleitende Satz nicht so ernst gemeint war.

Von allem, das ich in der Literatur gefunden habe, scheint mir die von Erdberg[2]) gegebene Definition am geeignetsten, um darauf weiter zu bauen.

Nach Erdberg muß man, um zur Klarheit über den Gedanken der Wohlfahrtspflege zu gelangen, das soziale Leben in seiner Gesetzmäßigkeit begreifen. Unter dem sozialen Leben[3]) haben wir nach Stammler das

---

[1]) Referat auf der Konferenz der Regierungs- und Medizinalräte, s. Anm. [4]) auf S. 294.

[2]) Erdberg, „Wohlfahrtspflege" im „Handbuch der Staatswissenschaften" (herausgegeben von Conrad Elster, Lexis, Lonning). Jena, Fischer, 1911. Der folgende Absatz ist fast wörtlich daraus entnommen.

[3]) Auf andere Begriffsbestimmungen des „sozialen Lebens" will ich hier nicht eingehen. Die Gesetzmäßigkeit des sozialen Lebens und die weiteren Folgerungen bleiben auch bei anderer Definition bestehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

äußerlich geregelte Zusammenwirken der Menschen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu verstehen. Die Materie des sozialen Lebens ist die Wirtschaft, seine Form das Recht. Materie und Form sind notwendig miteinander verbunden. Die Gesetzmäßigkeit des sozialen Lebens liegt in der steten Entwickelung der Wirtschaft und der durch sie bedingten Änderung der Rechtsnormen. Die Entwickelung der Wirtschaft führt von Zeit zu Zeit notwendig zur Änderung des Rechts. Beim Auftauchen neuer Tatsachen im Wirtschaftsleben sind anfangs keine geeigneten Rechtsnormen vorhanden (z. B. Auftauchen des Automobils, das bei Beachtung der alten Fahrordnungen seinen Vorzug, die Schnelligkeit, nicht entfalten kann und bei Nichtbeachtung Schäden als Massenerscheinung hervorruft); diese Rechtsnormen (in unserem Beispiel ein Automobilgesetz) werden erst, nachdem die neuen Tatsachen eine Zeitlang bestehen, geschaffen. In der Zwischenzeit besteht ein Zustand, in dem durch das Herauswachsen der Wirtschaft aus den Rechtsnormen soziale Schäden als Massenerscheinung erzeugt werden. (Siehe die industrielle Entwickelung Deutschlands vor Beginn der sozialen Gesetzgebung.) Im Interesse des harmonischen Zusammenwirkens der Menschen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse liegt es, daß diese sozialen Schäden gemindert werden — gemindert werden schon dann, wenn die Gesetzgebung hierzu noch nicht in der Lage ist. Hier muß eine freie Tätigkeit eingreifen, die wir als Wohlfahrtspflege bezeichnen. Erdberg definiert die Wohlfahrtspflege als eine freie Tätigkeit zu einer sozialen Besserung, die durch besondere Rechtseinwirkungen gerade nicht erreicht werden kann. Sie hat es nicht mit dem einzelnen, sondern mit den Gebrechen der Gesellschaft zu tun. Sobald ein Zweig der Wohlfahrtspflege gesetzlich geregelt wird, verliert dieser Zweig den Charakter der Wohlfahrtspflege.

In den wesentlichsten Zügen kann man Erdberg zustimmen. Wo er ins einzelne geht, zeigt sich in seiner Definition eine Lücke. So will er die Armenpflege, insoweit sie den Ursachen der Armut nachgeht und sie mit den aus dieser Erkenntnis gewonnenen Mitteln zu bekämpfen sucht, zwar der Wohlfahrtspflege einreihen, betrachtet die Armenpflege aber als ausgeschieden aus der Wohlfahrtspflege, insoweit sie gesetzlich geregelt ist. Demgegenüber ist festzustellen, daß eine erhebliche Zahl von Praktikern die ganze Armenpflege der Wohlfahrtszentrale unterstellt haben. Aus der Tatsache, daß der der Armenpflege anheimfallende Personenkreis oft genug der Hilfe der Tuberkulosenfürsorge, Säuglingsfürsorge, Trinkerfürsorge bedarf, ergibt sich, wie eng verbunden Armenpflege und andere Fürsorgezweige sind. Es ist auch schlechterdings nicht einzusehen, wie man die von Erdberg aufgestellten beiden Arten der Armenpflege praktisch trennen soll; die Akten, die beim Armenamt über Unterstützungsbedürftigkeit usw. geführt werden, müßten größtenteils ein zweites Mal beim Wohlfahrtsamt geführt werden, was doppelte Kosten verursacht.

Richtig ist es, das Gebiet der Alters- und Invalidenfürsorge und auch der Unfallfürsorge aus der Wohlfahrtspflege auszuscheiden. Wohl nirgends hat jemand diese der Wohlfahrtszentrale unterstellen wollen. Warum? Die gesetzliche Regelung der Armenpflege ist ihrem Wesen nach verschieden von der gesetzlichen Regelung der Invalidenfürsorge. In der Invalidengesetzgebung sind genaue Vorschriften über die Höhe der Ansprüche des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Invaliden gegeben; werden ihm die Summen, auf die er ein Anrecht zu haben glaubt, nicht gewährt, so steht ihm ein Rechtsweg offen, seine Ansprüche geltend zu machen. In der Armengesetzgebung sind die Vorschriften allgemeiner gehalten, die Unterstützungen sind variabel, kein Armer kann auf dem Rechtswege eine bestimmte Unterstützungssumme fordern. Die Frage der gesetzlichen Regelung einer Materie muß in einer Definition der Wohlfahrtspflege entsprechend diesen Unterschieden beantwortet werden.

Auch in anderer Beziehung befriedigt Erdberg nicht. Es fehlt z. B. ein Hinweis darauf, wem die Wohlfahrtspflege zugute kommen soll. In der Praxis ergibt sich, daß diese „freie Tätigkeit" sich nicht auf die gesamte Bevölkerung, sondern nur auf einen Teil von ihr erstreckt.

III.

Auf Erdbergs Ausführungen fußend, möchte ich eine andere Begriffsbestimmung dessen geben, was als Arbeitsgebiet der Wohlfahrtsämter anzusehen ist.

Drei Vorbemerkungen seien mir gestattet.

Auf die Vieldeutigkeit des Begriffs Wohlfahrtspflege wurde an Hand der Darlegungen Polligkeits und Aschers hingewiesen. Wenn versucht wird, den Begriff Wohlfahrtspflege einzuengen auf das, was als Aufgabe den Wohlfahrtsämtern zugewiesen werden soll, so kommt stets etwas Gekünsteltes heraus. „Wohlfahrt" einer Person oder eines Personenkreises bezeichnet nun einmal die Tatsache, daß dieser Personenkreis bei einer bestimmten Regelung seines Daseins „wohl fährt". Deshalb heißt es in der Reichsverfassung von 1871 durchaus richtig, das Reich sei eine Vereinigung .... zur Pflege und Wohlfahrt des deutschen Volkes.

Wenn wir ein engeres Gebiet des sozialen Lebens vor Augen haben, so müssen wir das mit einem anderen Ausdruck bezeichnen. Und der ist da! Und wird gebraucht!

Wir haben keine Säuglings-Wohlfahrtspflege, sondern eine Säuglingsfürsorge, keine Kriegsbeschädigten-Wohlfahrtspflege, sondern eine Kriegsbeschädigtenfürsorge — fast jedes Einzelgebiet bezeichnen wir als Fürsorge. Berger, der als erster 1897 eine Wohlfahrtsgesetzgebung und Wohlfahrtsämter forderte, schreibt 1914 über die Zentralisation der gesundheitlichen Fürsorge. Kein Autor wirft die Frage auf, wer im Sinne des von ihm behandelten Fürsorgezweiges wohlfahrtsbedürftig ist, sondern stets, wer hilfsbedürftig oder fürsorgebedürftig ist. Wohlfahrtsbedürftig ist schließlich jeder Mensch; fürsorgebedürftig sind nur die, für welche andere vorsorgen oder fürsorgen müssen. Einzelne Kreise haben auch an Stelle eines Kreiswohlfahrtsamtes sich ein Kreisfürsorgeamt eingerichtet. Polligkeit bezeichnet als Aufgabe des Wohlfahrtsamtes den Schutz und die Fürsorge, nicht die Wohlfahrt der minderbemittelten Bevölkerung. Die weiblichen Hilfskräfte, ohne deren Arbeit unsere Wohlfahrtspflege undenkbar ist, nennen wir nicht Wohlfahrtsschwestern oder Wohlfahrtspflegerinnen, sondern Fürsorgeschwestern oder Fürsorgerinnen...

Warum benutzen wir dieses prächtige Wort, das uns in allen Einzelgebieten gute Dienste leistet und das keiner bei der eingehenderen Erörterung des Problems entbehren kann, nicht zur Bezeichnung des Gesamt-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebietes? Sagen wir „Fürsorge" statt „Wohlfahrtspflege"! Das ist klar und eindeutig; allerdings, es ist nicht so wohltönend.

Die zweite Vorbemerkung: Wer ist das Objekt der Fürsorge?

Im Sinne der Armengesetzgebung ist nach Gottstein[1]) hilfsbedürftig jeder, bei dem mangels eigener Mittel oder infolge besonderen Notstandes die Notwendigkeit öffentlicher Unterstützung eintritt.

Eine Tuberkulosenfürsorgestelle soll nach Krautwig[1]) alle minderbemittelten Bevölkerungskreise zur Beratung zulassen.

Fürsorgebedürftig im Sinne der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge ist nach Tugendreich[1]): 1. das uneheliche Kind ... zwischen Alimentation und körperlichem und geistigem Gedeihen besteht ein Parallelismus ... und 2. das eheliche Kind, falls ihm seine Eltern aus eigenen Mitteln eine den gesundheitlichen und erzieherischen Mindestforderungen genügende Aufzucht nicht bereiten können.

Als Aufgabe des Wohlfahrtsministeriums bezeichnet Polligkeit Schutz und Fürsorge der minderbemittelten Bevölkerung.

Diese Beispiele lassen sich beliebig vermehren. Als wesentliches Merkmal der Fürsorgebedürftigkeit wird stets die materielle Notlage angesehen.

Die dritte Vorbemerkung. Aus Erdbergs Darlegungen folgt zwingend: Die Fürsorge (Wohlfahrtspflege) füllt die Lücken aus, die durch das Fortschreiten der wirtschaftlichen Entwickelung zwischen dem gesetzmäßig festgelegten Recht und dem sittlichen Recht, das wir einem Bevölkerungsteil zubilligen, entstehen. Die Fürsorge sucht das gesetzmäßig festgelegte Recht bis zur Höhe des sittlichen Rechts zu ergänzen.

Hierbei arbeitet die Fürsorge der Gesetzgebung vor. Mit einem Worte Erdbergs, die Wohlfahrtspflege experimentiert, und das, was sich praktisch als brauchbar zur Behebung sozialer Schäden erwiesen hat, wird von der Gesetzgebung als Rechtseinrichtung übernommen. Mit einem Worte Polligkeits: Die Wohlfahrtspflege leistet der Gesetzgebung auf unerforschtem Gebiet Pionierdienste.

Die Aufgaben der Wohlfahrtspflege (Fürsorge) sind darum, wie Erdberg mit Recht hervorhebt, stets nur heutige. Da wir nicht wissen, welche neuen Tatsachen die wirtschaftliche Entwickelung in der Zukunft bringt, können wir nur aus der Erfahrung die jeweiligen Aufgaben der Fürsorge ableiten.

Nach diesen Vorbemerkungen schlage ich folgende Begriffsbestimmung der Fürsorge vor:

IV.

Unter Fürsorge (bisher Wohlfahrtspflege genannt) verstehen wir eine freie Tätigkeit zur Behebung sozialer Schäden auf allen Gebieten des sozialen Lebens, in denen das zurzeit geltende Recht der minderbemittelten Bevölkerung kein gesetzlich gesichertes Mindestmaß von Schutz und Hilfe gegen soziale Schäden gewährt.

In dieser Begriffsbestimmung ist erstens ausgesprochen, daß die Fürsorge (Wohlfahrtspflege) keine durch Rechtsnormen geregelte, sondern eine

[1]) In Gottstein-Tugendreich, Sozialärztliches Praktikum. Berlin 1920.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Zwang freie Tätigkeit ist. Sobald das, was einem Bevölkerungskreise durch eine Säuglingsfürsorge oder Tuberkulosenfürsorge geboten wird, durch Rechtsnormen gesichert ist — wie es die Hilfe in Krankheitsfällen durch die Krankenkassengesetzgebung ist —, braucht dieser Bevölkerungskreis keine Fürsorge oder Wohlfahrtspflege mehr. Normierte Unterstützungen treten dann an Stelle der variablen; die Recherche durch die Fürsorgerin, auf deren Veranlassung die Unterstützung gewährt wird, fällt fort. Fürsorge soll über das durch Rechtsnormen Gesicherte hinaus Hilfe bringen.

Zweitens ist in der Definition der Zweck der Fürsorge enthalten: Behebung sozialer Schäden. Also nicht Behebung von Schäden, die den einzelnen treffen — die durch mildtätige Einzelhilfe (Almosen) von Mensch zu Mensch behoben werden können —, sondern Behebung von Schäden als Massenerscheinung — die nur durch eine die Massenerscheinung berücksichtigende Hilfe behoben werden können. Selbstverständlich sind unter sozialen Schäden auch solche einem einzelnen treffende Schäden zu verstehen, die eine Gefahr der Ausbreitung bieten. Vorbeugung durch rechtzeitigen Eingriff beim einzelnen gehört zur Behebung sozialer Schäden.

Drittens ist darin enthalten, daß die Fürsorge (Wohlfahrtspflege) der minderbemittelten Bevölkerung Hilfe bringen soll. Von der bemittelten Bevölkerung ist anzunehmen, daß sie ihr Hab und Gut zur Behebung der sie treffenden Schäden bis zum äußersten anwenden wird. Da die Hilfe der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) sich stets auf das Mindestmaß des Notwendigen beschränken muß, um mit den vorhandenen Mitteln möglichst vielen zu helfen, wird die bemittelte Bevölkerung immer ein Mehr, als in der Fürsorge gewährt wird, zur Behebung von Schäden aufzuwenden willens sein, und wird deshalb in der Regel auf die Hilfe der Fürsorge verzichten. Die Allgemeinheit muß dies von der bemittelten Bevölkerung sogar verlangen. Es ist nicht einzusehen, warum ein Tuberkulöser mit ausreichenden Mitteln sich eine Heilstättenkur von der Tuberkulosenfürsorge bezahlen lassen soll, er, der doch eine entsprechende Kur aus eigenen Mitteln bezahlen kann — während dafür aus den Kreisen der minderbemittelten Bevölkerung ein Tuberkulöser zurückgewiesen werden muß, weil die Mittel der Fürsorge alljährlich nur einer bestimmten Anzahl von Tuberkulösen Kuren ermöglichen. Unter der minderbemittelten Bevölkerung ist nicht etwa nur die unter Armenrecht fallende zu verstehen, sondern die Fürsorgebedürftigkeit reicht weit in die Kreise der Arbeiterbevölkerung und selbst des Mittelstandes hinein; eine Definition der Fürsorgebedürftigkeit werde ich weiter unten geben.

(Daß im Einzelfalle eine Mitbenutzung von Fürsorgeeinrichtungen durch Bemittelte stattfindet, ändert hieran nichts. Es kommt auf die Aufstellung des Prinzips an. Hat man dort festen Grund, so kann man dem Mißbrauch der Fürsorgeeinrichtungen entgegentreten. Weiter ist klar, daß in einer sozialistischen Wirtschaft diese Frage anders zu beantworten ist und der Unterschied zwischen bemittelter und unbemittelter Bevölkerung fortfällt. Die Aufgaben der Fürsorge sind aber, wie Erdberg gezeigt hat, stets nur heutige, und heute haben wir eine individualistische [kapitalistische] Wirtschaft.)

Viertens ist in unserer Begriffsbestimmung der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) der Hinweis auf das Maß der zu gewährenden Hilfe enthalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn der bemittelte Tuberkulöse sich einen Winteraufenthalt an der Riviera leisten kann, so fallen derart weitgehende Schutzmaßnahmen und Hilfen in der Fürsorge aus. Hier soll nur das Mindestmaß des Notwendigen geschehen; was darüber hinaus geht, muß mit Rücksicht auf die große Zahl derer, die Hilfe brauchen, unterbleiben. Wo ein Mindestmaß an Hilfe bereits gesetzlich gesichert ist — wie in der Krankenkassengesetzgebung oder in der Unfallgesetzgebung —, greift die Fürsorge auch nicht ein.

Damit kommen wir zum fünften, das unsere Definition enthält, dem Hinweis auf die Gebiete, in denen die Behebung sozialer Schäden Aufgabe der Fürsorge wird: in allen Gebieten des sozialen Lebens, in denen das zurzeit geltende Recht kein gesetzlich gesichertes Mindestmaß an Schutz und Hilfe gewährt. Danach scheiden Kranken-, Invaliden-, Unfallversicherung, Gewerbeordnung, Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherung aus der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) aus. Dem Unfallverletzten z. B. stehen rechtlich gesicherte Ansprüche zu; ihre Höhe ist gesetzlich normiert; der Unfallverletzte kann seine Ansprüche auf gesetzlich vorgeschriebenem Wege geltend machen. Die Recherche, die Grundlage für Unterstützungen in der Fürsorge, ist überflüssig und beeinflußt in keiner Weise das Maß des Schutzes und der Hilfe. Nun wird man mir vielleicht entgegenhalten: Wie ist es aber, wenn die dem Unfallverletzten gesetzlich zustehende Unterstützung kein Mindestmaß an Hilfe darstellt? Gehört dann die Unfallversicherung nicht doch in die Fürsorge (Wohlfahrtspflege) hinein? Nein, antworte ich. Der Anspruch des Invaliden auf Unterstützung ist grundsätzlich durch das Gesetz anerkannt; wird die Höhe dieser Unterstützung als zu gering erachtet, so ist nur eine geringe Veränderung des Gesetzes, nur eine Veränderung der Unterstützungssumme notwendig. Es handelt sich aber nicht um ein neu in die Gesetzgebung aufzunehmendes Gebiet des sozialen Lebens. Ein Hineintragen fürsorgerischer Auffassung mit ihrer variablen Hilfe in eine bereits rechtlich normierte Materie würde den Unterbau dieser Materie mit seiner Sicherung zwischen Einnahmen und Ausgaben, zwischen Rechten und Pflichten zerstören, und würde diese Materie in die Zeit vor ihrer gesetzlichen Regelung zurückwerfen. Der Gesetzgeber spricht bewußt von Gewerbeordnung, Unfallversicherung usw., nicht von Unfallfürsorge u. dgl. Die Schulpflege war einst eine freie Tätigkeit privater Vereinigungen oder der Kirchen zur Behebung eines sozialen Schadens; nachdem aber die Schulpflege einmal gesetzlich geregelt worden ist, ein rechtlicher Anspruch auf ein Mindestmaß von Schulbildung für jeden Staatsbürger anerkannt ist, und die für dieses Mindestmaß nötigen Schulen gesichert sind, wird man die Schulpflege nicht wieder zur freien Tätigkeit privater Vereinigungen werden lassen wollen, selbst wenn man die heutige Schulpflege für noch so mangelhaft und fehlerhaft hält; Schulreformer mögen in kleinem Kreise die Brauchbarkeit ihrer Reformen erweisen, wobei der Staat über das Vorhandensein des Mindestmaßes an Schulbildung stets wachen muß —, für das Reich wird man den Schulreformern keine Freiheit gewähren. Der Grundunterschied zwischen Schulpflege, Invalidenversicherung, Krankenversicherung auf der einen Seite und Säuglingsfürsorge, Wohnungsfürsorge, Armenpflege auf der anderen Seite ist: dort gesetzlich anerkannter und normierter Anspruch auf ein Mindestmaß an Hilfe, hier aber Anspruch auf Hilfe entweder gesetzlich gar nicht anerkannt oder, wenn anerkannt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann ohne Festsetzung des zu gewährenden Mindestmaßes und ohne Festsetzung des Rechtsweges, auf dem die Hilfe zu erzwingen ist.

Wie ein Gebiet der Fürsorge allmählich in eine gesetzlich geregelte Materie umgewandelt wird, sei an einem Beispiel aus der Säuglingsfürsorge gezeigt: anfangs nur freiwillige Stillprämien, dann Stillprämien für die ersten 12 Wochen gesetzlich festgelegt unter genauer Bezeichnung der Empfangsberechtigten, der Gewährungsverpflichteten und der Summen; für das zweite, dritte und vierte Lebensvierteljahr bleibt das Stillgeld einstweilen noch freie Gabe, niemand braucht es zu gewähren, und wer es erhält und wieviel er erhält, wird auf Grund einer Recherche über die Verhältnisse entschieden — bis auch da eines Tages eine gesetzliche Regelung eintreten wird, nachdem die Fürsorge als Experiment die Brauchbarkeit einer Maßnahme erwiesen hat.

V.

Wollen wir nun an Hand unserer Begriffsbestimmung feststellen, in welche einzelne Zweige die heutige Fürsorge zerfällt, so halten wir uns am besten die Einteilung Erdbergs vor Augen: Die wirtschaftliche Entwickelung kann Schäden zeitigen,

1. die sich gegen Gesundheit und Leben des Menschen richten,
2. die die wirtschaftliche Existenz des Menschen betreffen,
3. die sein sittliches und geistiges Leben berühren.

Die gleiche Einteilung sozialer Schäden schwebt Christian vor, wenn er das Wohlfahrtsamt in eine Abteilung für gesundheitliche Fürsorge, eine für wirtschaftliche Fürsorge und eine für erzieherische Fürsorge teilt. Richter schließt sich dem an; Ascher nimmt die gleiche Einteilung vor und fügt nur noch eine Abteilung „Allgemeines“ hinzu.

Sehen wir, was im einzelnen an Fürsorgeaufgaben genannt wird, so ergibt sich Christians Aufzählung als ziemlich erschöpfend, besonders in der Abänderung, die Richter ihr gibt. Es sind kaum anderswo noch Zweige aufgeführt, die hier nicht genannt sind. Mit Recht scheint mir Richter die Wohnungsfürsorge aus der gesundheitlichen in die wirtschaftliche Abteilung übernommen zu haben. Man soll meines Erachtens bei der Wohnungsfürsorge unterscheiden zwischen Wohnungspflege und Wohnungsbeschaffung. Soweit nur Wohnungspflege zu treiben ist, gehört dies zu den Aufgaben der gesundheitlichen Abteilung, die Ratschläge zu richtiger Pflege der Wohnung erteilt; sobald aber der Leiter der gesundheitlichen Abteilung auf Grund der Wohnungsrecherche zu der Überzeugung gelangt, daß eine Wohnungsänderung notwendig ist, soll er dies einer Abteilung für Wohnungsbeschaffung melden, die der wirtschaftlichen Abteilung eingegliedert ist. Sind die Fachleute der Ansicht, daß die durch die wirtschaftliche Entwickelung entstandene Wohnungsnot durch den Stand unserer Wohnungsgesetzgebung schon so weit geregelt ist, daß jedem Staatsbürger ein Mindestanspruch auf Wohnung gesetzlich gesichert ist, dann gehört die Wohnungsbeschaffungsstelle, auch Wohnungsamt oder Wohnungsinspektion genannt, nicht mehr in das Wohlfahrtsamt hinein. Sonst aber muß es ihm unterstellt werden.

Ebenso richtig finde ich es, daß Richter die Abteilung Christians für erzieherische Fürsorge in eine Abteilung für Jugenderziehung und Volksbildung umbenannt hat. Denn Schäden treffen nicht nur das geistige und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sittliche Leben der Jugendlichen, sondern auch der Erwachsenen, und Christian hat Volksbüchereien u. dgl. auch in die dritte Abteilung seines Wohlfahrtsamtes aufgenommen. Es ist aber wohl nebensächlich, welche Namensgebung benutzt wird.

Dagegen greift Richter zu weit, wenn er die Sozialversicherung in die gesundheitliche Abteilung einordnet; sie ist eine bereits gesetzlich bis ins einzelne geordnete Materie. Zuzustimmen ist ihm, wenn er damit nur die Verbreitung der Kenntnis der Sozialversicherung und die Erziehung der Bevölkerung zur Teilnahme an ihr meint. Die Scheu vor der Versicherung ist in manchen Bevölkerungskreisen groß; hier wäre Aufklärung eine dankbare Aufgabe der Fürsorge.

Ob die Landarbeiterfrage, die Arbeitsvermittelung — manche wollen auch die Arbeitslosenfürsorge — einbezogen werden soll, ist besser den Fachleuten der wirtschaftlichen Fürsorge zur Beurteilung zu überlassen, die dabei als Maßstab die Begriffsbestimmung der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) verwenden würden. Dies gilt für das ganze Gebiet der wirtschaftlichen Fürsorge und der Fürsorge für Erziehung und Volksbildung.

Mit wenigen Änderungen sei das Christian-Richtersche Schema wiedergegeben:

A. Abteilung für gesundheitliche Fürsorge.

Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Schulkinderfürsorge. Krüppelfürsorge. Blindenfürsorge. Taubstummenfürsorge. Tuberkulosenfürsorge. Trinkerfürsorge. Geschlechtskrankenfürsorge. Krankenpflegewesen. Hilfe bei Unglücksfällen. Wohnungspflege.

B. Abteilung für wirtschaftliche Fürsorge.

Landarbeiterfrage. Arbeitsvermittelung. Rechtsberatung. Wohnungsbeschaffung. Bau- und Kleinsiedelungswesen. Besserung der Erwerbsverhältnisse, insbesondere durch Schaffung von Nebenerwerb. Erleichterung der Kreditbeschaffung. Kriegsverletztenfürsorge. Kriegshinterbliebenenfürsorge. Armenpflege (von Christian und Richter nicht genannt).

C. Abteilung für Jugenderziehung und Volksbildung.

Beratung der Eltern in Erziehungsfragen. Berufsberatung. Fürsorge für besonders gefährdete Jugendliche. Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung. Jugendgerichtshilfe. Waisenfürsorge. Berufsvormundschaft. Männliche und weibliche Jugendpflege. Wanderhaushaltungsschulen. Volksbüchereien. Volksunterhaltungsabende. Volkshochschulen.

Die einzelnen Zweige der Abteilungen B. und C. habe ich ohne jede Verbindlichkeit wiedergegeben; wie schon gesagt, ist es Sache der Fachleute dieser Gebiete, mit Hilfe der Begriffsbestimmung der Fürsorge das Richtige ausfindig zu machen.

In der Abteilung A. glaube ich, keinen wesentlichen Zweig vergessen zu haben. Zur Geschlechtskrankenfürsorge möchte ich bemerken, daß sie in die Fürsorge nur hineingehört, insoweit sie Beratung und Behandlung gewährt. Sollten die von verschiedenen Seiten geforderten Gesetze durchgehen, die eine Kontrolle aller Geschlechtskranken mit zum Teil polizeiähnlichen Maßnahmen bezwecken, so würde dies Gebiet nicht mehr zur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fürsorge gehören — es handelt sich ja um etwas ganz anderes als Fürsorge für Geschlechtskranke —, sondern wie jede andere Seuchenbekämpfung zur Gesundheitspolizei.

VI.

Im Anschluß an unsere Begriffsbestimmung der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) muß noch etwas über das Subjekt und das Objekt der Fürsorge gesagt werden. Wer ist Träger der Fürsorge? Und wer ist fürsorgebedürftig?

Der Staat scheidet als Träger der Fürsorge aus. Was der Staat in Angriff nimmt, muß gesetzlich eingehend geregelt sein; er kann sich nicht auf ein Experimentieren einlassen. Die Fürsorge aber muß in der Wahl ihrer Mittel frei schalten, wie Erdberg[1]) es ausdrückt, muß als unbrauchbar erkannte Maßnahmen rasch durch neue ersetzen, muß auch ihre Tätigkeit den jeweils verschiedenen lokalen Mißständen anpassen. Dies alles kann der Staat nicht, der seine Gesetze für einen langen Zeitraum erlassen, deshalb wohl überlegen muß und keine Unsicherheit in das Zusammenwirken der Menschen hineintragen darf. Die Tätigkeit des Staates in der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) wird sich also auf eine anregende und fördernde beschränken.

Träger der Fürsorge werden nur solche sein können, die sich den lokalen Verhältnissen anpassen, unbrauchbare Maßnahmen rasch durch neue ersetzen und in kleinem Kreise das Brauchbare experimentell entwickeln können. Solche sind: die Selbstverwaltungen der Kreise, die Kommunalverwaltungen, die Kirchen und private Vereinigungen.

Wer ist das Objekt der Fürsorge?

In unserer Begriffsbestimmung ist gesagt, daß die Einrichtungen der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) der minderbemittelten Bevölkerung zugute kommen sollen. Darunter ist nicht etwa nur die unter Armenrecht fallende Bevölkerung zu verstehen. Minderbemittelte in dem Sinne, daß sie sich nicht das notwendige Mindestmaß an Schutz und Hilfe gegen soziale Schäden aus eigenen Mitteln verschaffen können, sind zurzeit große Teile der Arbeiterbevölkerung und selbst des Mittelstandes.

Um mich nicht zu wiederholen, verweise ich auf die Ausführungen anderer, die ich in der zweiten Vorbemerkung des Abschnittes III wiedergegeben habe, und folgere daraus:

Als fürsorgebedürftig oder minderbemittelt im Sinne der Fürsorge (Wohlfahrtspflege) ist jeder anzusehen, der sich Schutz und Hilfe gegen soziale Schäden in dem von der Fürsorge für notwendig erachteten Mindestmaß nicht aus eigenen Mitteln verschaffen kann.

Es läge nahe zu sagen: jeder, dessen eigene Mittel nicht ausreichen, um ihn gegen soziale Schäden zu schützen. Diese Begriffsbestimmung ist unbrauchbar und unrichtig, weil soziale Schäden selbst den Wohlhabendsten und Bemitteltsten treffen und er sich nicht völlig gegen sie schützen kann. Aber ihm stehen aus seinen Mitteln reichliche Schutzmaßnahmen zu Gebote, meist mehr als ein Mindestmaß — d. h. eine nach unten hin begrenzte

[1]) Dieser Absatz ist fast wörtlich aus Erdberg, Wohlfahrtspflege, im Handwörterbuch der Staatswissenschaften entnommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Menge — von Schutzmaßnahmen. Nur ein solches Mindestmaß, dessen Größe von Fall zu Fall in den einzelnen Fürsorgezweigen festzustellen ist, kann die Fürsorge (Wohlfahrtspflege) gewähren.

VII.

Nachdem wir festgestellt haben, daß das Arbeitsgebiet des Wohlfahrtsamtes die Wohlfahrtspflege oder Fürsorge ist, haben wir die Frage beantwortet, was wir unter der Fürsorge zu verstehen haben, haben die Anwendung der allgemeinen Begriffsbestimmung der Fürsorge auf einzelne Fürsorgezweige gezeigt, und haben festgestellt, wer die Träger der Fürsorge und wer die Fürsorgebedürftigen sind. Damit ist das Arbeitsgebiet der Wohlfahrtsämter — oder sagen wir jetzt Fürsorgeämter? — umschrieben.

Es sei mir noch gestattet, aus den bisherigen Darlegungen einige Schlußfolgerungen über die Organisation der Wohlfahrtspflege oder Fürsorge zu ziehen.

Angesichts der Tatsache, daß die Fürsorge der Gesetzgebung Pionierdienste leistet, also die von der Fürsorge praktisch als brauchbar erwiesenen Maßnahmen eines Tages Teile der Gesetzgebung werden und damit aus der Fürsorge ausscheiden, hätte man vielleicht gut getan, ein Ministerium für Volksgesundheit, ein Arbeitsministerium und ein Ministerium für Erziehung und Bildung zu schaffen, und jedem dieser Ministerien eine Fürsorgeabteilung anzugliedern. Was jetzt Aufgabe des Wohlfahrtsministeriums ist, wäre dann Aufgabe dieser Fürsorgeabteilungen; und organisch würde jedes Gebiet nach genügender praktischer Vorbereitung aus der Fürsorgeabteilung in die gesetzlich geregelten Abteilungen des Ministeriums hineinwachsen.

Eine derartige Regelung würde am besten reichsgesetzlich vorgenommen werden, da die von der Fürsorge bearbeiteten Gebiete ebenso wie bisher die Sozialversicherung nach ausreichender Erprobung reichsgesetzlich geordnet werden. Es wären also drei Reichsministerien, für Volksgesundheit, für Arbeit, für Erziehung und Bildung, zu schaffen, die je eine Fürsorgeabteilung für die gesetzlich noch nicht genügend geregelten Gebiete, die jetzigen Fürsorgegebiete, hätten. Von diesen Reichsministerien würden entsprechende Ministerien der Bundesstaaten ihre Weisungen empfangen; unter ihnen würden entsprechende Provinzialämter — nennen wir sie Gesundheitsämter, Arbeitsämter, Erziehungsämter — und unter diesen entsprechende Kreis- oder Städtische Ämter stehen. In den kleineren Bundesstaaten kämen die Ministerien in Fortfall; es wären nur die Ämter zu schaffen. Sollte die von manchen Seiten geforderte weitgehende Autonomie der Provinzen verwirklicht werden, so fielen die Ministerien auch in den großen Bundesstaaten fort, und die Ämter würden unvermittelt den drei Reichsministerien unterstehen. Der Beamtenbedarf der Provinzial- und Kreis-Gesundheits- bzw. Arbeits- oder Erziehungsämter wäre keine sehr große Neubelastung des Staatshaushalts, da für die bereits gesetzlich geregelten Materien die Beamten schon vorhanden sind und in den Fürsorgeabteilungen es sich nur um eine beaufsichtigende, organisatorische und fördernde Tätigkeit handeln darf.

Zu beachten ist hierbei, daß auf der Konferenz der Regierungs- und Medizinalräte 1919 Wolff Gesundheitsämter neben den Wohlfahrtsämtern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

forderte und Steiner die Frage der Gesundheitsämter gänzlich aus der Debatte über Wohlfahrtseinrichtungen verwies — die oben vorgeschlagene Regelung also, wie dies eine Beispiel zeigt, wenig Anklang finden dürfte. Da man ein Wohlfahrtsministerium — Fürsorgeministerium sollte es heißen — bereits geschaffen hat und es in die Abteilungen der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und erzieherischen Fürsorge gegliedert hat, ist wohl wenig Aussicht auf Verwirklichung des Gedankens. Die jetzige Regelung wird sich, sobald einzelne Gebiete genügend erprobt und gesetzlich geregelt sind, rächen, indem das Wohlfahrtsministerium die bisher von ihm verwalteten Gebiete festzuhalten suchen und unförmlich anwachsen wird.

Finden wir uns mit der jetzigen Regelung ab, so müssen wir für den Geschäftsbetrieb des Wohlfahrtsministeriums im Auge behalten, daß die Fürsorge (Wohlfahrtspflege) eine freie Tätigkeit ist und das Ministerium nur anregend, fördernd, organisierend tätig sein darf. Soweit seine Aufgaben gesetzlich geregelt werden, kann es sich nur um Rahmengesetze handeln.

Das gleiche gilt auch für die Provinzialwohlfahrtsämter, ja sogar für die Kreiswohlfahrtsämter und Städtischen Wohlfahrtsämter. Dabei wird man gut tun, unter Berücksichtigung der Tatsache der freien Tätigkeit die Provinzial-, Kreis- und Städtischen Wohlfahrtsämter eng an die Selbstverwaltungsorganisationen, nicht an die straffe staatliche Organisation, anzuschließen.

Bei den Kreis- und Städtischen Wohlfahrtsämtern darf es sich nur um eine organisatorische, beaufsichtigende und fördernde Tätigkeit handeln — wobei die Dreiteilung nach Christian angebracht wäre. Vielleicht sind drei Fachabteilungen mit einer gemeinsamen Auskunftskartothek das geeignetste.

Die direkte Fürsorgearbeit, die an den Fürsorgebedürftigen herankommt, hat mit der Tätigkeit im Wohlfahrtsamt nichts zu tun. Je größere Freiheit den einzelnen Zweigen der Fürsorge gelassen wird, um so leichter kann die Einstellung auf Notstände und die Erprobung neuer Wege zu ihrer Bekämpfung erfolgen. In den Kreiswohlfahrtsämtern ist meist das hier angedeutete Prinzip befolgt, in den Städtischen Wohlfahrtsämtern leider häufig die direkte Fürsorgearbeit mit der sichtenden und organisatorischen Tätigkeit verquickt.

Die Dreiteilung des Wohlfahrtsamtes bringt es mit sich, daß ein Arzt, ein Volkswirtschaftler und ein Pädagoge zur Leitung der drei Abteilungen gebraucht werden. Diese Leiter wird man angesichts des großen Aufgabenkreises hauptamtlich anstellen müssen; vielleicht genügt es aber, unter gewissen lokalen Verhältnissen die schon hauptamtlich mit ähnlichen Aufgaben betrauten Männer nebenamtlich anzustellen, etwa den Kreisarzt, einen volkswirtschaftlichen Referenten beim Landratsamt und einen Schulrat. Dies sollen nur ungefähre Vorschläge sein. Fürsorge (Wohlfahrtspflege) experimentiert; was das Richtige ist, wird sich bei fortschreitender Arbeit zeigen.

Dieser Satz gilt auch für die Frage, wer Leiter des gesamten Wohlfahrtsamtes sein soll. Ist es der Landrat bzw. Oberbürgermeister, so muß einer der drei Fachleute sein Stellvertreter sein. In manchen Wohlfahrtsämtern wird man von vornherein einen der drei Fachleute zum Leiter machen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es wird sich empfehlen, daß dieser als primus inter pares angesehen wird. Wessen Leitung praktisch die brauchbarste ist, mag die Zukunft lehren.

In den Einzelzweigen der Fürsorge, die direkt an den Fürsorgebedürftigen herankommen, scheint es mir untunlich, daß z. B. einem hauptamtlich angestellten Stadtarzt Säuglingsfürsorge, Schulkinderfürsorge, Tuberkulosenfürsorge, Krüppelfürsorge und noch mehr übertragen wird. Abgesehen davon, daß darunter seine organisatorische Arbeit leiden muß, kann er in so zahlreichen Zweigen nicht genügend fachlich vorgebildet sein. Wenn er einen oder zwei Zweige, mit denen er sich besonders beschäftigt hat, versieht, so wird das besser sein. Im Interesse der fürsorgebedürftigen Bevölkerung wird man mehr erreichen, wenn man für jedes Sondergebiet diejenigen, die sich mit ihm besonders befaßt haben, nebenamtlich heranzieht.

Die Gesundheitsfürsorge im Rahmen des Kreiswohlfahrtsamtes.

Von Kreisarzt Dr. Rehberg (Tilsit).

(Vortrag, gehalten auf der Wohlfahrtstagung der Provinz Ostpreußen, am 8. März 1921.)

M. D. u. H.! Nicht ein Idealbild von Gesundheitsfürsorge will ich vor Ihnen entrollen.

Wir stehen hier in Ostpreußen mit seinen vorwiegend ländlichen und meist ärmlichen Kreisen, mit seinen weiten Entfernungen und schlechten Wegeverhältnissen und mit seiner in der Kultur noch nicht weit vorgeschrittenen und von Natur etwas verschlossenen Bevölkerung. Nicht darf ich auch Forderungen aufstellen, die angesichts der bevorstehenden Versklavung unseres Vaterlandes durch einen rachsüchtigen Feind von vornherein unerfüllbar sind. Und noch eine Einschränkung muß ich mir auferlegen; den Rahmen des Wohlfahrtsamtes füllt die Gesundheitsfürsorge nicht aus. Wir alle verstehen unter diesem Begriff ein Amt, das als wichtigsten Teil zwar die Gesundheitsfürsorge mit umfaßt, als weitere Abteilungen aber das ganze Gebiet der Jugendfürsorge, der Armenpflege, der Fürsorge für die Kriegsbeschädigten und die Berufsberatung bzw. Arbeitsvermittelung enthält, Gebiete, die mehr den Schulmann oder Volkswirtschaftler angehen. Von manchen Seiten ist auch für alle diese Gebiete eine ärztliche Oberleitung, im Landkreise die Unterstellung unter den Kreisarzt bzw. Kreiskommunalarzt, gefordert worden, weil letzten Endes alle diese Bestrebungen die Hebung der Volksgesundheit zum Ziele haben und diese wieder die Grundlage für den Wiederaufbau unserer Volkskraft ist. Solchen Gedankengängen kann ich nicht folgen. Der Kreisarzt eines ländlichen Bezirkes müßte als Leiter eines solchen Amtes ganz in der Verwaltung aufgehen und auf jede fürsorgeärztliche Betätigung verzichten — ein Gebiet bearbeiten, auf dem er doch mehr oder minder Laie bleiben wird, und den festen Boden seines ärztlichen Könnens, des direkten Verkehrs mit der fürsorgebedürftigen Bevölkerung, verlassen — und das darf er nicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anders freilich verhält es sich mit dem Teil des Wohlfahrtsamtes, auf den die folgenden Ausführungen sich allein beschränken sollen, der die gesundheitliche Fürsorge im engeren Sinne und die auf dem Lande davon nicht trennbare Wohnungsfürsorge zum Ziele hat.

Für diese Abteilung, die wir als Gesundheitsamt bezeichnen wollen, kann eine nichtärztliche Leitung überhaupt nicht in Frage kommen. Eine Organisation, die sich die planmäßige Bekämpfung einer Seuche, wie sie die Tuberkulose ist, zum Ziel setzt, fordert einen in Bekämpfung ansteckender Krankheiten erfahrenen Arzt an die Spitze. Ein Laie, dem selbst mehrere ärztliche Fürsorgestellen zur Seite stehen, ist dieser nicht gewachsen. Wer ordnet denn den Bekämpfungsplan an, bestimmt die Ortschaften, die durchmustert werden sollen, und die Art des Vorgehens, wer wählt die Verdächtigen zur Untersuchung aus und lädt sie vor? Der Laie vermag dies alles nicht, und der praktische Arzt, der das täte, käme bald in den Verruf, daß er sich mit behördlicher Hilfe Praxis heranhole, und würde den Konkurrenzneid der Nachbarkollegen erregen. Dieses eine Beispiel schon zeigt, daß eine solche Einrichtung von vornherein zum Scheitern verurteilt wäre. Die Leitung muß einem amtlichen, d. h. von der Praxis tunlichst unabhängigen Arzt unterstehen; dieser kann daneben, wenigstens in den meisten Kreisen unserer Provinz, auch noch den ärztlichen Dienst in den Fürsorgestellen zum Teil selbst übernehmen. Er als der einzige Arzt des Kreises kann am ehesten von der ärztlichen Praxis losgelöst werden; das ist hier wichtiger als alles andere zum Gedeihen des Amtes, das überhaupt ganz und gar davon abhängt, wieweit er sich der Sache widmen kann. In seiner Hand laufen alle Fäden zusammen; in der Kartothek seines Bureaus werden alle Arbeiten aktenmäßig niedergelegt, er leitet die Aufklärungsarbeit, weist und lernt die Fürsorgerinnen an.

Allein kann er im ganzen Kreise aber die Fürsorgesprechstunden nicht abhalten; sollen außer an seinem Amtssitz noch Sprechstunden stattfinden und welche?

Wir werden sehen, daß für die frühzeitige Erkennung tuberkulöser Leiden oft sehr komplizierte Untersuchungen nicht zu entbehren sind; wir brauchen dazu oft Röntgenapparat, Tuberkulinuntersuchungen und klinische Beobachtung im Krankenhause, — Einrichtungen, die wenigstens bei uns im Osten nur einmal im Kreise und meist im Kreiskrankenhause vorhanden sind. Es würde genügen, wenn die Sprechstunden für Lungenkranke nur zentral im Kreise, am Sitz des Gesundheitsamtes und Kreiskrankenhauses, stattfinden; für Tuberkulöse im Anfangsstadium, die für die Besuche der Fürsorgestelle in erster Linie in Betracht kommen, spielen ja die Entfernungen auch nicht eine so ausschlaggebende Rolle. Dasselbe gilt für die Krüppelfürsorgestelle. Anders liegen die Dinge in der Säuglingsfürsorge.

Man kann nicht allen Müttern zumuten, daß sie mit ihren Säuglingen, zumal zur Winterszeit, weite Wege machen, ihnen müssen noch andere, näher gelegene Sprechstellen zugänglich sein. Wer soll sie abhalten? Die Kreisfürsorgerin, ohne ärztliche Beratung, als sogenannte Wiegestunden? Sie haben sich bei uns nicht bewährt und können nur als Notbehelf in Frage kommen. Machen die Mütter schon weite Wege mit ihren Kindern, dann verlangen sie doch etwas mehr, sonst kommen sie nicht. Wir müssen an entsprechend gelegenen Orten Ärzte gewinnen, die Mutterberatungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stunden zu bestimmter Zeit — es genügt alle zwei bis vier Wochen — gegen ein entsprechendes Honorar für die Stunde, abhalten. Die Einheitlichkeit der Fürsorgearbeit muß trotzdem unter allen Umständen gewahrt werden dadurch, daß die nach bestimmtem Schema gemachten Aufzeichnungen sofort an das Gesundheitsamt gehen, besser vielleicht noch dadurch, daß auch an allen diesen Sprechstunden noch die Kreisfürsorgerin teilnimmt.

Das wäre der Oberbau des Kreisgesundheitsamtes; nicht minder wichtig, vielleicht noch wichtiger sind die Unterstufen. Sollen es zwei sein — Kreisfürsorgerin und Fürsorgerin für die kleinsten Stationen — oder nur eine von beiden?

Nehmen wir zunächst die Zwischenstufe an, in die ich die Kreisfürsorgerin einreihe. Wie alles am Wohlfahrtsamt im Fluß ist, so auch die Stellung der Kreisfürsorgerin in der Praxis mehr, als man nach den einschlägigen Abhandlungen im Schrifttum vermuten würde. Mehrfach habe ich mit Fachkollegen in der Provinz darüber gesprochen. Der eine sagte mir: Wohlfahrtspflege? Was geht mich das an, dazu haben wir im Kreise doch die Kreisfürsorgerin! Der andere: Die Wohlfahrtspflege übe ich aus; was ich mit der Kreisfürsorgerin anfangen soll, das weiß ich eigentlich nicht so recht.

Meine Erfahrungen beginnen in einer Zeit, als mir vom Kreise mitgeteilt wurde: Jetzt kommt eine Kreisfürsorgerin, die wird die Wohlfahrtspflege leiten. Sie kam, hielt Vorträge, reiste umher; ich selbst hatte nur ab und zu einen zugewiesenen Kranken zu untersuchen, was selten vorkam —, dafür aber, was viel häufiger war, die Hebammen zu vermahnen, die nicht parieren wollten, oder Streitigkeiten mit den Gemeindeschwestern zu schlichten, die auch nicht mitmachen wollten. Vorträge und nichtärztliche Beratungsstellen hörten auch bald auf, und zuletzt bestand die Tätigkeit allein noch in dem undankbaren Geschäft, Lebensmittel zu verteilen — die ganze Einrichtung fiel ins Wasser —, das sei ausdrücklich betont, nicht aus persönlichen Gründen, sondern weil das ganze System falsch war.

Auf Grund dieser Erfahrungen lag es nahe, als mir selbst die Einrichtung der Fürsorge in einem anderen Kreise oblag, auf die Mitwirkung einer Kreisfürsorgerin überhaupt zu verzichten und die dadurch ersparten Kosten in den Unterbau zu stecken, der aus den im Lande ansässigen Gemeindeschwestern und den Bezirkshebammen bestehen sollte. Diese Auffassung änderte sich jedoch bei der Zusammenarbeit mit einer Fürsorgerin, deren Stellung von vornherein eine ganz andere war. Sie stand nicht in dieser gehobenen Stellung, sondern war dem Fürsorgearzt ausdrücklich unterstellt. Sie war eine stets vorhandene Hilfe in den Fürsorgesprechstunden, arbeitete auch sonst in engster Fühlungnahme mit dem Fürsorgearzt, nahm mit bestimmtem Auftrag und nach genauer Anleitung örtliche Ermittelungen vor, stellte die Vermittelung mit den Gesundheitsorganen auf dem Lande her usw. Die ganze Wohlfahrtspflege, die vordem zwar fürsorgerisch, aber laienärztlich angelegt war, wurde jetzt wirklich fürsorgeärztlich durchgeführt. Dazu wurde gegenüber Hebammen und Gemeindeschwestern auch jeder äußere Anschein eines Vorgesetztenverhältnisses vermieden und dadurch die beste Zusammenarbeit mit diesen gewährleistet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In dieser Form möchte ich die Kreisfürsorgerin jetzt nicht mehr entbehren. Sie vertritt den ärztlichen Leiter, der selbst nicht alle Reisen ausführen kann, bei der Organisation des Amtes, stellt die Fühlung her mit den räumlich oft entfernt wohnenden Ortsausschüssen, mit den abgelegenen Fürsorgestellen. Ferner nimmt sie nach gemeinsam besprochenen Richtlinien örtliche Ermittelungen vor, Probeimpfungen z. B. nach Pirquet, beteiligt sich an der Aufklärung der Bevölkerung, namentlich am planmäßigen Gesundheitsunterricht in der obersten Schulstufe und in der Fortbildungsschule für Mädchen. Ob sie zugleich noch einen kleinen Bezirk als Fürsorgerin versehen kann, wird sich nach den örtlichen Verhältnissen richten.

Der nun folgende Unterbau ist der wichtigste Bestandteil der ganzen Fürsorgeorganisation. Welches Ziel wollen wir ihm setzen, was sollen bei uns hier in Ostpreußen die Fürsorgerinnen, die ins Haus, in die Familie gehen, erreichen? Diese Antwort fällt ganz anders aus als z. B. in den städtischen und zum Teil auch ländlichen Bezirken des westlichen Deutschlands. Jenes leidet Not, und Lebens- und Kräftigungsmittel an die notleidende Bevölkerung an geeigneter Stelle heranzubringen, bessere Wohngelegenheiten zu schaffen, bildet dort den Schwerpunkt aller Fürsorge. Anders bei uns im Osten: Nährmittel sind im allgemeinen ausreichend da; die Wohnungen sind schlecht, bergen aber doch nicht die gesundheitlichen Gefahren in sich, wie die richtige Proletarierwohnung der Großstadt. Unser größter gesundheitlicher Feind auf dem Lande sind Gleichgültigkeit und Unverstand der einer Aufklärung schwer zugänglichen Bevölkerung. Nur im kulturellen Tiefstand der Bevölkerung liegt der Grund, warum Jahr für Jahr in den nördlichen Kreisen des Regierungsbezirks Gumbinnen die Sterblichkeit der mit Brustnahrung aufgezogenen Säuglinge größer ist als sonst im ganzen Deutschen Reiche, das hat jüngst noch wieder Berger nachgewiesen. Selbst im Stadtkreis Tilsit war, wie ich zeigen konnte, fast ein Drittel aller Krüppelleiden nur durch den Unverstand der Eltern entstanden oder wesentlich verschlimmert worden, und ähnliche Erfahrungen macht man auch in der Tuberkulosebekämpfung auf Schritt und Tritt; so erfuhren wir aus einer Ortschaft, in der wir viel gearbeitet hatten, nachträglich, daß trotz aller Aufklärung ein halbwüchsiger tuberkulöser Junge die kleinen Kinder der Nachbarn in seinem Kranken- und Sterbebett bis zu seinem Tode gewartet hatte!

Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung zum Verständnis und zur Übung einfacher Gesundheitsregeln ist hier das A und O aller Fürsorgearbeit!

In welcher Form ist diese durchzuführen? Durch belehrende Vorträge, von denen der Hörer mit Anregungen beladen nach Hause geht und diese dann in die Tat umsetzt? Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir uns zunächst klar sein darüber, wer hierzulande zu den Vorträgen kommt und wem dann die häusliche Pflege obliegt. Das ist durchaus nicht immer derselbe Kreis. Die junge Mutter würde vielleicht zum Besuch solcher Vorträge zu bewegen und vielleicht auch fähig sein, manche der vorgetragenen Lehren zu verstehen und in die Tat umzusetzen. Die Pflege des Kindes zu Hause liegt aber, da sie selbst draußen auf dem Felde arbeiten muß, meist in den Händen der Großmutter, einer Tante u. dgl. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und an deren althergebrachter Ansicht prallen alle Abänderungsversuche machtlos ab. Wie der Großvater erzogen wurde, bleibt die einzig richtige Methode, und dem Einfluß dieser Beweisführung unterliegt die junge Mutter schnell.

Wer hier etwas erreichen will, muß im Lande bekannt, mit den Bewohnern vertraut sein und ihre Eigenheiten kennen. Er muß ihnen im eigenen Hause zeigen, wie sie es machen sollen, sie kontrollieren, daß sie es wirklich tun, und schließlich auch einen gelinden Druck ausüben, wenn sie immer wieder nicht folgen. Daraus geht hervor, wie wichtig ein Stamm im Lande tätiger und mit ihm vertrauter Fürsorgerinnen ist, daß einige wenige Kreisfürsorgerinnen mit größerem Bezirk (wie in den Städten) oder freiwillige Helferinnen diesen Aufgaben nicht genügen können. So wichtig diese zur Mitarbeit sind, so brauchen wir doch einen straff zusammengefaßten Grundstock von berufsmäßig tätigen Fürsorgerinnen, deren Arbeit den Schwankungen, wie sie in jeder freiwilligen Organisation vorkommen, nicht unterworfen sind. Diese müssen alle Fürsorgezweige zugleich ausüben; wenn man in den Städten schon immer mehr dazu übergeht, alle Fürsorgezweige zusammenzufassen, so ist es der weiten Entfernungen in ländlichen Kreisen wegen schon ganz undenkbar, besondere Schwestern für Tuberkulose, andere für Säuglingsfürsorge anzustellen; wir brauchen Fürsorgerinnen, die in allen Zweigen zugleich gut ausgebildet und mit dem Lande verwachsen sind, wie z. B. die Landpflegeschwestern, die in den einheimischen Landpflegeschulen jetzt herangebildet werden.

Es ist jedoch bis jetzt noch schwierig, diese in genügender Zahl überall heranzuziehen, und teilweise wird ihre Anstellung auch an der Kostenfrage scheitern.

Da wird man vielfach nach einem Ersatz suchen müssen, und ich halte ihn in folgender Form für gegeben:

Wir haben im Lande überall Gemeindeschwestern, die gewöhnlich von Frauenvereinen meist mit Unterstützung der Kreise, meist kirchspielsweise unterhalten werden, zur Mithilfe in der Seelsorge und Krankenpflege auf dem Lande verpflichtet und dem Vorsitzenden der Frauenvereine, meist dem Ortsgeistlichen, unterstellt sind. Wäre es nicht möglich, diese Schwestern, die jahre-, ja jahrzehntelang in ihrem Bezirk ansässig sind und jedes Haus kennen, zur Mithilfe in der Fürsorge heranzuziehen? Tut es denn der Seelsorge und Krankenpflege Abbruch, wenn diese Schwestern, die ohnehin zum Kranken kommen, sich auch darum kümmern, daß die Angehörigen der Schwindsüchtigen geschützt werden und die nötigen Anordnungen treffen, einen Fragebogen für das Gesundheitsamt ausfüllen? Nach meinem Empfinden kann das nur als eine notwendige und wünschenswerte Ergänzung ihrer Arbeit in der Gemeinde angesehen werden. Können wir uns denn heute bei unserer trostlosen Lage überhaupt noch zwei Krankenschwestern auf dem Lande leisten, die denselben Weg gehen und getrennte Geschäfte besorgen? Die Kreise könnten einen Teil der Mittel, die sie sonst zur Anstellung von Fürsorgerinnen brauchen würden, zur namhaften Unterstützung dieser Schwesterstationen bereitstellen, wo nötig, zur Neugründung von ein bis zwei Stationen verwenden; sie kämen immer noch wesentlich billiger weg als bei Anstellung besonderer Fürsorgerinnen, und andererseits wäre den Schwesternstationen in ihrer materiellen Not

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geholfen. Dank dem Entgegenkommen, das ich selbst hier in Ostpreußen an maßgebender Stelle gefunden habe, halte ich diesen Weg sehr wohl für gangbar unter der Bedingung, daß

1. die Unterstellung der Schwestern unter die Frauenvereine und ihre seelsorgerische Arbeit in keiner Weise beschränkt wird,
2. daß sie in keiner Form den Kreisfürsorgerinnen unterstellt werden, sondern
3. nur in gesundheitlicher und fürsorgerischer Beziehung dem Kreisfürsorgearzt (Kreisarzt) direkt unterstehen.

Schwierigkeiten bereitet nur die Frage der geeigneten Ausbildung, die noch durchaus erforderlich ist. Sie wäre möglich in kurzfristigen Kursen im Mutterhause, dann auch dadurch anzustreben, daß den Schwestern gemeinverständliche Schriften zum Selbststudium geliefert und sie verpflichtet wären, abwechselnd an den Sprechstunden der Hauptfürsorgestelle teilzunehmen, wo sie vom leitenden Arzt dann nachgeprüft werden und die nötige praktische Unterweisung erfahren könnten. Vielleicht nur ein Notbehelf! Aber ich erinnere an eine Erfahrung, die wir gerade hier in Ostpreußen, und zwar in der Granulosebekämpfung gemacht haben. Diese Augenseuche ist ja auch so recht eine Krankheit, die an sozialen und vor allem kulturellen Tiefstand geknüpft ist. In einzelnen Gegenden unserer Provinz wollte die Seuche nicht weichen, bis schließlich kurzfristig ausgebildete Gemeindeschwestern als sogenannte Granuloseschwestern eingesetzt wurden, die in den Häusern selbst auf die Durchführung der von den Ärzten gegebenen Anordnungen zu sehen hatten. Das Bild änderte sich nun schnell: Die Seuche ging schnell zurück, ja mehr noch: Das Haus, die Familie sah anders aus als früher, die Leute waren sauber, williger und verständnisvoller in der Gesundheitspflege, ihr ganzer Kulturzustand hatte sich gehoben. Etwas Ähnliches verspreche ich mir auch hier, und meine, daß nach solcher Vorbereitung die Gemeindeschwestern die ländliche Bezirksfürsorge für alle Zweige vom Kinde nach dem vollendeten zweiten Lebensjahre an übernehmen könnten.

Die Säuglingsfürsorge im ersten und zweiten Lebensjahre würde den Bezirkshebammen obliegen. Sie müssen wohl durchweg, auch unabhängig vom neuen Hebammengesetz, jetzt höhere Bezüge von der Kreisverwaltung erhalten, und es läßt sich an deren Gewährung leicht die Bedingung knüpfen, daß sie dafür Schwangere und Mütter zu beraten und Säuglinge, in dem ersten Lebensalter öfter, dann seltener regelmäßig zu besuchen und ihr Gedeihen zu überwachen haben. Ihre Fortbildung, für die kurze Lehrgänge in Hebammen-Lehranstalten, in Säuglings-Fürsorgerinnenschulen in erster Linie in Anspruch zu nehmen wären, könnte auch dadurch gefördert werden, daß ihnen ein gemeinverständliches Lehrbuch der Säuglingspflege (z. B. Pescatore-Langstein) geliefert würde und sie verpflichtet wären, sich ein- bis zweimal im Jahre darüber einer Nachprüfung durch den Kreisarzt zu unterziehen und sich praktisch an den Mutterberatungsstellen zu beteiligen.

So würde die berufsmäßige Fürsorge auszugestalten sein, die das Beständige, Pflicht- und Planmäßige, das Rückgrat der ganzen Gesundheitspflege sein soll, ihrer Aufgabe aber nicht genügen kann ohne die engste Zusammenarbeit mit den privaten Wohlfahrtsvereinen, die sich an den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oberbau und Unterbau angliedern, in diesen zur Geltung kommen und mitbestimmend wirken müssen. Das geschieht an der Zentrale durch Bildung eines Gesundheitsausschusses beim Gesundheitsamt, bestehend aus den Vertretern der Verwaltung des Gesundheitswesens, der Schulen, der Wohltätigkeitsvereine, der Krankenkassen usw., der in regelmäßigen Beratungen die allgemeinen Richtlinien für die gesamte Arbeit aufstellt. Im Wirkungskreise jeder Fürsorgerin werden kleinere Ortsausschüsse gebildet, die aus dem Amts- bzw. Gemeindevorsteher, Pfarrer, Arzt, Lehrer u. a. bestehen und die einzelnen Pflegefälle besprechen und, so gut es geht, von sich aus oder mit Hilfe des Gesundheitsamtes versorgen.

Damit ist der Aufbau der ganzen Gesundheitsfürsorge im Rahmen des Gesundheitsamtes vollendet, und wir verfolgen nun kurz ihre Ziele und praktische Arbeit auf den einzelnen Fürsorgegebieten selbst. Der wichtigste Teil ist auch auf dem Lande jetzt die Tuberkulosefürsorge. Wir werden noch weiter unten sehen, wie verseucht auch unsere Landbevölkerung ist — und wenn die Todesfälle allenthalben auch etwas geringer geworden sind, so liegt das in erster Linie wohl daran, daß unter dem Einfluß der letzten entbehrungsreichsten Kriegsjahre die schwersten Tuberkulösen schnell dahingestorben sind, während jetzt alle, die schon mit Tuberkulose behaftet sind, bei besserer Pflege sich länger halten, langsamer, später absterben, nichtsdestoweniger in diesem Zustande aber eine weitere Menge neuer Übertragungen veranlassen.

Wir müssen uns, bevor wir an die Bekämpfung herangehen, klar sein, was wir damit erreichen müssen und können, wir müssen den Ansteckungsweg des Tuberkelbazillus kennen. Er hat, wie kaum ein anderer Krankheitskeim, die Eigenart, lange im Körper zu schlummern, bis er zu offenbaren Krankheitserscheinungen führt. Frühzeitig, meist schon in der Kindheit, wird er, und zwar fast so gut wie nur durch Ansteckung von anderen Lungenkranken, die an sogenannter offener Tuberkulose leiden, übertragen. Die natürlichen Schutzkräfte des Körpers halten ihn aber zunächst in den Schutzwehren, den Lymphdrüsen, fest oder kapseln ihn, wenn es ihm gelang, durch diese hindurch in ein Organ einzubrechen, in diesem selbst ab. Zuerst hat der Angesteckte selbst keine Ahnung von allen diesen Vorgängen — unbewußt und unerkannt schlummert der Todfeind im Körperinnern. Bei ungeschwächtem Gedeihen des Kindes, aber auch dann nicht immer, gelingt es den Schutzkräften des Körpers, die Keime allmählich abzutöten, — häufig aber, oft nach besonderen Krankheiten, die den Körper schwächen, oft ohne ersichtlichen Grund in den Entwickelungsjahren, entwickeln sich die so lange ruhenden Krankheitskeime plötzlich weiter und führen zunächst zu geschlossener, d. h. von der Außenwelt noch abgekapselten Herden, dann zu offener Tuberkulose, bei der der Kranke seine Tuberkelbazillen frei in die Umwelt durch Aushusten, Eiterabsonderung verstreut. In diesem Stadium wird die Krankheit nun durch direkte Berührung mit der Umgebung durch Anhusten, Ansprechen, durch Vermittelung des Staubes, in den die Keime hineingelangt sind, auf andere übertragen.

Diesen kurz gezeichneten Infektionsweg vor Augen, erkennen wir, daß wir in der Tuberkulosebekämpfung zwei Ziele verfolgen müssen:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Ausschaltung, Absonderung der an offener Tuberkulose leidenden Kranken, um die Übertragung der Ansteckungskeime auf Gesunde zu verhüten;
2. Behandlung der schon mit dem Bazillus Angesteckten, aber noch nicht Kranken, damit es diesen gelingt, über den Todeskeim in ihrem Inneren Herr zu werden und den Ausbruch des Leidens zu verhüten.

Um dieses zu erreichen, müssen wir die Kranken und die Angesteckten kennen — wir müssen sie ermitteln. Das kann wieder auf zweierlei Art geschehen:

1. Die Kranken kommen in die Fürsorgestelle bzw. werden dorthin von Ärzten, Schwestern usw. überwiesen, dort untersucht; wo Tuberkulose oder eine Ansteckung festgestellt wird, werden krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen der Umgebung ebenfalls vorgeladen und so die Ermittelung immer weiter ausgedehnt. Dieses Verfahren bildet die gewöhnliche Arbeitsweise der Lungenfürsorgestellen.
2. Die andere Form ist die planmäßige Durchuntersuchung ganzer Ortschaften. In großen Städten ist diese nicht durchführbar, auch kaum in einzelnen Stadtteilen, weil bei dem engen Verkehr der Bevölkerung abgetrennte geschlossene Bezirke sich kaum herausheben lassen.

In abgeschlossenen Dörfern ist sie leichter durchführbar und wird auch öfter notwendig. Es kommt nicht selten vor, daß besonders in entlegenen Gemeinden zwar Sterbefälle an Tuberkulose bekannt werden, Kranke aber nie zur Untersuchung kommen und auch nicht gemeldet werden. Dann kann nur eine planmäßige Durchuntersuchung des Ortes Aufklärung über den Seuchenstand bringen.

Ohne regste Mitwirkung der Fürsorgerin ist auf dem Lande eine lückenlose Ermittelung nicht möglich. Sie muß selbst die verseuchten Familien ausfindig machen und die Verdächtigen der Fürsorgestelle zuführen. Namentlich bei der planmäßigen Durchmusterung der Ortschaften, die letzten Endes zur gesundheitlichen Feststellung aller Familien führt, ist ihre Mitarbeit besonders wichtig. Hier kann sie, zum mindesten die Kreisfürsorgerin, auch weiter noch dadurch besonderen Anteil nehmen, als sie an der Ausführung der Hautimpfungen (nach Pirquet) im Kindesalter, die oft allein die stattgefundene Ansteckung des Kindes kundtun, mit beteiligt wird. Es gelingt sonst fast nie, wie es bei dieser Probe notwendig ist, sämtliche Kinder aus entfernten Ortschaften einmal zur Impfung in die Fürsorgestelle und dann nach 48 Stunden, wenn die Reaktion beurteilt werden muß, nochmals zur Nachschau zu bestellen.

Um auf diese sehr wertvolle Probe nicht verzichten zu müssen, habe ich nach gründlicher theoretischer und praktischer Unterweisung in der Fürsorgestelle zunächst die Impfungen von der Kreisfürsorgerin ausführen lassen und die Kinder zur Nachschau zu mir bestellt, dann, als sie sicher in der Beurteilung der Reaktion war, selbst geimpft und sie nachprüfen lassen, zuletzt mit bestem Erfolge in den Fällen, wo es nicht anders ging, die Ausführung und Beurteilung der Reaktion ihr ganz überlassen und mich durch Nachprüfung von der sachgemäßen Vornahme derselben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

überzeugt. So ist es uns gelungen, dieses wichtige diagnostische Hilfsmittel auch auf dem Lande in ausgedehntestem Maße zur Anwendung zu bringen.

Auf Grund dieser planmäßigen Ermittelung gewonnene Ergebnisse mag kurz ein Beispiel zeigen. Im Kirchdorf N. mit 647 Seelen trat eine Anzahl von Todesfällen an Tuberkulose auf, ohne daß von dort eine entsprechende Anzahl Kranker die Fürsorgestelle aufsuchte. Deshalb wurde die Durchuntersuchung der ganzen Ortschaft beschlossen. Zunächst wurden nach Aufklärung des Ortsschulinspektors und der Lehrer in der Schule die verdächtigen Kinder zur Untersuchung bestellt und alle Schüler überhaupt nach Pirquet geimpft. Ausgehend von denen, die krank oder nach Ausfall der Probe verdächtig waren, ferner in den Häusern, wo Todesfälle vorgekommen waren, fanden örtliche Ermittelungen statt. Diese nahmen jedoch einen derartigen Umfang an, daß schließlich sämtliche Familien durchmustert und in allen auch die Kinder im vorschulpflichtigen Alter geimpft wurden.

Es handelte sich durchweg um eine ärmliche, meist kleinbäuerliche Bevölkerung, die gleichwohl sich nicht hinreichend ernähren konnte; die Eltern machten oft die Angabe, sie hätten Milch und Butter den Kindern vorenthalten und zu Schieberpreisen verkaufen müssen, um den Erlös zum Ankauf von Kleidern und Schuhwerk zu verwenden. Andere auffallende gesundheitliche Schädlichkeiten fehlen.

127 Familien wurden im ganzen gezählt; in 9 von diesen lebte mindestens ein Fall mit offener Tuberkulose, bei 18 waren Todesfälle an Tuberkulose vorgekommen, bei 20 wurde geheilte Tuberkulose festgestellt oder sicher nachgewiesene Ansteckung bei mehreren Kindern, bei 14 Infektion eines Kindes. Nur 66 Familien erwiesen sich ganz frei von Tuberkulose, und zwar ausgesprochen in dem Teile des Dorfes, der vorwiegend von Zigeunern bewohnt wird. Ich brauche es nicht zu erwähnen, daß in diesen zum Teil verfallenen Häusern die gesundheitliche Wohnweise geradezu hoffnungslos und die Ernährung der Kinder durchweg schlechter ist als bei den anderen Kindern des Dorfes. Um so mehr verlangt der gute Gesundheitszustand eine Erklärung, und er ist wohl auf folgende Ursachen zurückzuführen:

1. Die Zigeunerkinder werden von anderen Kindern und Familien ferngehalten und haben so weniger Gelegenheit, sich anzustecken.
2. Im Sommer leben sie vorwiegend auf der Landstraße in freier Luft und Sonne.
3. Wird auf Wärme in Wohnung und Kleidung nicht so gehalten, wie in anderen Familien. Während hier auch im Sommer die Fenster zum Teil mit Brettern verschlagen bleiben, streicht dort die frische Luft durch die zerbrochenen und nur dürftig verschlossenen Fenster, und die Kinder laufen zum mindesten im Sommer halb nackt umher.

Diese Überlegungen werden uns manche Fingerzeige für die Bekämpfung der Tuberkulose auf dem Lande überhaupt geben!

Der Seuchenstand der dreiklassigen Volksschule war folgender: Die Unterstufe und Mittelstufe wiesen unter etwa je 50 Schülern, abgesehen von einem zugewanderten, an fistelnder Drüsentuberkulose leidenden Kinde, nur etwa je acht Fälle mit positivem Pirquet auf; in der Oberstufe dagegen waren außer vier an offener Tuberkulose leidenden Kindern unter 51 Schülern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch 31 andere, die den Krankheitskeim in sich aufgenommen hatten und ihn später entwickeln konnten!

Über den Infektionsweg kann man sich nur sehr vorsichtig äußern; es besteht für mich jedoch kein Zweifel, daß mindestens ein großer Teil der im östlichen Teil des Dorfes besonders gehäuften Infektionen ausgegangen ist von einem hier gelegenen Hause, wo Jahr für Jahr Kinder an Tuberkulose gestorben sind; in seiner Umgebung kommt die ganze Dorfjugend zusammen, und alle Aufklärungsversuche haben hier ein Verständnis für die Natur des Leidens nicht erzielen können. Das letzte oben schon erwähnte Kind, das starb, diente bis zum Tode als Wächter für die kleinen Kinder der Miteinwohner, die ihm zur Pflege aufs Krankenbett gesetzt wurden! Nachträglich sind in dieser Mieterfamilie sämtliche drei so gepflegten kleinen Kinder und die Mutter schwer an Tuberkulose erkrankt oder schon gestorben.

Unter den Schülertuberkulosen finden nicht alle ihre Erklärung durch eine Ansteckung in ihrem Vaterhause. Da die Kinder der hier im allgemeinen seßhaften Bevölkerung auf allen Klassen Jahr für Jahr in derselben Nachbarschaft nebeneinander sitzen, ist es wahrscheinlich, daß eine Reihe von Ansteckungen und vielleicht auch von offenen Tuberkulosen von demselben erwähnten Kinde in der Schule selbst vermittelt worden sind.

Das wichtigste Glied der Ermittelung bildet neben den örtlichen Erhebungen die Untersuchung in der Lungenfürsorgestelle. Sie muß fähig sein, alle Stadien der Tuberkulose, namentlich auch die Frühformen zu erkennen, sie muß mit Röntgenapparat, Tuberkulindiagnostik und, wo nötig, mit kurzer klinischer Beobachtung im Krankenhause arbeiten, sonst hat sie keine rechte Daseinsberechtigung. Die Anzahl der Untersuchungen allein kennzeichnet nicht ihren Wert, sondern die Gründlichkeit der Untersuchung — sonst hätte sie ja vor der Untersuchung des Kranken in jeder ärztlichen oder kassenärztlichen Sprechstunde nichts voraus. Genügt sie diesen Anforderungen und ist die Mitarbeit der Fürsorgerinnen an Ort und Stelle planmäßig geregelt, dann gelingt es, auch ohne gesetzliche Anzeigepflicht und auf dem Lande, alle Tuberkulosen ziemlich restlos aufzufinden.

Die Ermittelung ist beendet, nun schreiten wir zur Bekämpfung. Dort war es uns möglich, mit intensiver Arbeit zu Ergebnissen zu kommen, mit denen wir zufrieden sein konnten — hier erreichen wir oft mit bestem Willen nicht viel.

Wir haben zwei Ziele zu verfolgen: Das erste und wichtigste ist die Ausschaltung aller offenen Tuberkulosen, um die von diesen drohende Ansteckung zu verhüten.

Der beste Weg ist die Überführung in die Lungenheilstätte. Uns stehen in Ostpreußen höchstens 300 Betten zur Verfügung, die bei dreimonatiger Kur nur etwa 1200 Kranke im Jahre aufnehmen können. Da wir für unsere Provinz auf diese 1200 Betten etwa 20000 Kranke rechnen müssen — so geht schon daraus allein hervor, wie wenige von unseren Kranken wir dort aufnehmen können. Die Heilstättenbehandlung, so wertvoll sie ist, kann heute ein wirklich maßgebender Faktor in der Tuberkulosefürsorge nicht sein.

Ein Teil der Fälle, die gefährlichsten, können wir in die Krankenhäuser überführen — die bei weitem größte Zahl aber bleibt immer zu Hause

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und wir müssen mit diesen Kranken auf irgend eine Weise hier fertig werden. Hier beginnt die dornenvolle Aufgabe der Fürsorgerin, die den Kranken unter allen Umständen isolieren soll. Wo nicht ein besonderer Raum vorhanden oder neu einzurichten möglich ist, muß sie mit Hilfe des Ortsausschusses, d. h. vor allem mit den Wohlfahrtsvereinen versuchen, wenigstens ein besonderes Bett für ihn zu beschaffen. In der Regel wird aber jede Absonderung in der Familie ungenügend bleiben, und die Fürsorgerin soll daher, um die etwa doch verstreuten Keime unschädlich zu machen, die Kranken zum Gebrauch besonderer Speigläser und zur richtigen Beseitigung des Auswurfes erziehen, die größte Sauberkeit im Hause einzuführen, durch Einrichtung besonderer Wäsche- und Reinmachetage zu regeln und die Umgebung ebenso zur häufigen Lüftung der Wohnräume anzuhalten bestrebt sein. Nach meiner Erfahrung gelingt es in den schlimmsten Fällen, wenn z. B. die Mutter krank ist, oft noch die Kinder zu Verwandten in gesunde Häuser zu bringen.

Das zweite Ziel, die Überwindung der schon erfolgten Ansteckung, erreichen wir durch Kräftigung des Körpers und Entwickelung seiner Schutzkräfte. Bestrahlungen mit Höhensonne können wir nur da in Anwendung bringen, wo es die Wegeverhältnisse gestatten, und für natürliche Luft- und Sonnenbäder werden wir auf dem Lande zunächst noch nicht das rechte Verständnis finden. Mit wachsendem Interesse für sportliche Betätigung, wie man es jetzt auch auf dem Lande schon vielfach finden kann, wird aber diese Sonnen- und Abhärtungskur sich sicher bei der Jugend einführen lassen, wenn für geeignete Badegelegenheit gesorgt und die damit verbundenen Sonnenkuren planmäßig, vielleicht von der Schule aus, gefördert werden. Es wird Sache eines planmäßigen Unterrichtes in den Schulen oder Fortbildungsschulen, abgehalten u. a. auch von der Kreisfürsorgerin, sein, von Jugend an das notwendige Interesse für Gesundheitspflege dem Volke einzupflanzen. Auf so vorbereitetem Boden werden dann Leibesübungen und vor allen Dingen Bäder, verbunden mit Luftbädern, zuerst bei der Jugend in Übung kommen und dann auch im späteren Alter zur Gewohnheit werden.

Außer durch allgemeine Erstarkung der Körperkraft und Abhärtung können wir aber noch durch besondere Impfverfahren die Schutzkräfte des infizierten Körpers gegen Tuberkulose kräftigen. Das geschieht durch die Tuberkulinkuren, bei denen abgestufte Mengen abgeschwächter Gifte der Tuberkelbazillen dem Körper einverleibt werden und in diesem die Bildung von Gegengiften, d. h. Schutzkörpern anregen. Seit etwa einem Jahre haben wir planmäßig bei noch heilbaren Tuberkulösen und Infizierten die Tuberkulinimpfungen nach Petruschky angewandt, bei denen der Impfstoff in Abständen von mehreren Tagen in die Haut eingerieben wird. Eine solche, sehr billige und sehr leicht anwendbare Kur wird auf dem Lande unter Aufsicht der Fürsorgerin durchgeführt, die wenigstens am Anfang durch Fiebermessungen den Ablauf der selten auftretenden Reaktion zu überwachen hat. Die Erfolge sind so günstige gewesen, sowohl bei beginnender Tuberkulose als auch bei Angesteckten, Rückgang der Krankheitserscheinungen und Hebung des Allgemeinzustandes so oft beobachtet, daß ich diese ambulanten Tuberkulinimpfungen aus dem Rüstzeug der Tuberkulosebekämpfung nicht mehr missen möchte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Allein die bessere Ernährung nach dem Kriege wird die Seuche nicht wieder zurückdrängen. Vom Jahre 1880 bis 1913 ging die Tuberkulosesterblichkeit in Deutschland um weit mehr als die Hälfte zurück, während sich Deutschland zum Industriestaat entwickelte und die Volksernährung entschieden schlechter wurde. Wenn gleichwohl jener Rückgang zu verzeichnen war, so verdanken wir das nicht der Gründung von Lungenheilstätten allein, sondern vielmehr dem Ausbau unserer öffentlichen Gesundheitspflege und vor allem dem wachsenden Verständnis unseres Volkes dafür.

Nur auf diesem Wege können und werden wir über die Seuche auch jetzt wieder langsam Herr werden, auf dem Lande nur durch rastlose und unermüdliche Kleinarbeit unserer Fürsorgerinnen!

In der Säuglingsfürsorge müssen wir uns zunächst darüber klar werden: Was ist der Grund, daß bei uns in Ostpreußen immer noch so viel Säuglinge sterben, bei uns, wo die allergrößte Mehrzahl der Mütter selbst stillt, wo auf dem Lande genügend gute Milch und andere Kindernahrungsmittel zur Verfügung stehen. Ich deutete es oben schon an. Es ist das geringe Verständnis für die Säuglingspflege, das Haftenbleiben an veralteten und schädlichen Ernährungs- und Pflegeverfahren, der niedrige Bildungsgrad derer, denen die Aufzucht der Kinder obliegt. Wie Berger schon betonte: bei uns da oben ist noch der verschmutzte und gefüllte Schnuller ein notwendiges Inventar der Säuglingsstube; frühzeitige Beikost schwer verdaulicher Mahlzeiten, wie von Kartoffeln, Mehlbrei und auch Schleimen, ist gebräuchlich; daß eine gesunde, gelüftete Wohnung, geeignete Kleidung, Fernhaltung erkrankter Erwachsener zum Gedeihen des Kindes erforderlich sind, wird nicht beachtet. Daß diese Gesundheitsregeln so schwer bei uns Eingang finden, liegt zum Teil daran, daß die Mutter auf dem Felde arbeitet und die Pflege des Kindes einer anderen Person, meist der Großmutter, überlassen muß. Der tiefe Kulturstand der ländlichen Familie ist der einzige Grund für die hohe Säuglingssterblichkeit, und wir wissen nun, wo wir den Hebel anzusetzen haben. Unser Ziel ist: Die Pflegerinnen, nicht allein die Mutter, zu belehren, mehr noch praktisch zu unterweisen und sie in der Befolgung der erteilten Regeln geradezu zu kontrollieren. Nach meiner Erfahrung wird mit einer Gleichgültigkeit und Hartnäckigkeit gegen so einfache Ernährungsregeln verstoßen, daß die unablässige Belehrung und Kontrolle durch die Fürsorgerin in der Familie die Hauptsache ist, Elternabende, Mutterberatung, veranstaltet durch die Kreisfürsorgerin, sind gewiß auch von Wert, treten aber dagegen zurück. Nicht zu entbehren sind bequem erreichbare ärztliche Beratungsstellen für die kranken und zu sehr vernachlässigten Kinder. Unentbehrlich ist in diesem Rahmen eine Säuglingsstation im Kreiskrankenhause mit einer ausgebildeten Säuglingsschwester, wo auch eheliche Kinder, deren Gedeihen in der häuslichen Familie nicht zu erzielen ist, für eine Zeitlang der Familie entrückt und behandelt werden können.

Ein ganz besonderes Kapitel ist die Pflege der Haltekinder auf dem Lande; hier tritt in der traurigen Gegenwart auch auf dem Lande nun zu dem Unverstand der Pflegerinnen noch wirkliche Not hinzu.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine Berufsvormundschaft existiert in den wenigsten Kreisen. Eine große Anzahl der unehelichen Mütter erhält vom Vater des Kindes keine Beihilfe und ist nicht in der Lage, selbst etwas zuzusteuern. Die Unterhaltung der Kinder fällt den Kreisen ganz zur Last und diese zahlen an die Ziehmütter monatlich sage und schreibe ganze 30 bis höchstens 50 Mk. in einer Zeit, wo auch auf dem Lande die Milchpreise eine nie gekannte Höhe erreicht haben! Man muß sich wundern, daß diese Pflegemütter für die 80 bis 100 Mk., die sie von den zahlungsfähigen Mädchen erhalten, die Kinder gern nehmen! Daß man unter solchen Umständen schwer einen Druck auf die Pflegestellen ausüben kann, daß es überhaupt schwierig ist, solche noch zu finden, ist gewiß erklärlich.

Hier im Osten ist die Einrichtung von Säuglingsheimen für die Kinder, die geeignete Pflegestellen in der Familie nicht finden, vielfach doch noch ein dringendes Bedürfnis. Freilich sind die Unterhaltungskosten etwas höher, zurzeit etwa auf 6 Mk. den Tag zu veranschlagen, können aber durch eine gut arbeitende Berufsvormundschaft sicher ganz erheblich verringert werden. Ohne durchgreifende Maßregeln aber ist jede Säuglingspflege auf dem Lande ein Unding, wenn wir die bis zu 50 Proz. betragende Sterblichkeit der Haltekinder nicht ausschalten können.

Einen ähnlichen Rückstand gegenüber der städtischen Fürsorge zeigt die Schulgesundheitspflege auf dem Lande. Während in den Städten von den Schulärzten wiederholte Besichtigungen im Jahre, ja bis ins einzelne gehende Untersuchungen der Kinder verlangt werden, kümmert sich um das Schulkind der ländlichen Volksschule fast überhaupt niemand. Denn daß die Kreisärzte gelegentlich der Ortsbesichtigungen alle fünf Jahre einmal die Schulen besichtigen müssen, kann doch als genügende Schulgesundheitspflege nicht bezeichnet werden. Man wende mir nicht ein, die Landschulen bedürfen solcher Fürsorge weniger als die Stadtschulen; ein Blick auf das oben erwähnte Untersuchungsergebnis für Tuberkulose allein beweist, zur Genüge das Gegenteil.

Für unbedingt erforderlich halte ich eine jährlich einmal stattfindende Untersuchung aller Landschulen, schon mit Rücksicht auf die vor dem Kriege mit viel Mühe, Kosten und Erfolg eingedämmte, jetzt aber wieder zunehmende Granulose der ostpreußischen Schulkinder! Diese Untersuchungen ließen sich beim größten Teil der Schulen mit den Impfreisen verbinden, sei es, daß diese vom Kreisarzt allein oder in mehreren Impfbezirken auch von den anderen Ärzten, vielleicht den ärztlichen Leitern der Nebenstellen für Mutterberatung, ausgeführt würden. Für die Durchführung der vom Arzt angeordneten Maßnahmen würden die Fürsorgerinnen zu sorgen haben, die an bestimmten Schulen damit die Pflichten von Schulschwestern zu übernehmen hätten.

Vor neue Probleme hat uns die jetzt gesetzlich angeordnete Krüppelfürsorge gestellt. Im Stadtkreise Tilsit konnte ich feststellen, daß von allen untersuchten Krüppeln das Krüppelleiden die Erwerbsfähigkeit um durchschnittlich 40 Proz., also fast die Hälfte, einschränkte, daß bei sofort einsetzender Fürsorge sich das Leiden so weit bessern ließ, daß der Krüppel durchschnittlich nur noch um 20 Proz. erwerbsbeschränkt blieb, daß bei rechtzeitiger Behandlung diese Erwerbseinbuße aber nur 10 Proz. betragen würde. Daß auf dem Lande die Dinge viel ungünstiger liegen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben die im Gange befindlichen Untersuchungen bereits mit Sicherheit ergeben. Erwähne ich noch, daß bei $^9/_{10}$ aller Krüppel das Leiden vor Schulbeginn einsetzt und fürsorgebedürftig wird, daß schon in der Stadt fast ein Drittel der Kinder durch Unverstand oder Nachlässigkeit der Eltern so weit verdorben wurden, daß sie wirkliche hilfsbedürftige Krüppel wurden — dann ist damit die Grundlage gezeichnet, auf der wir die Krüppelfürsorge aufbauen müssen. Es gilt, so früh als möglich das verkrüppelte Kind herauszufinden und es der Fürsorgestelle zu melden — das werden wir hier kaum von den Eltern erwarten, das wird wieder Aufgabe der Fürsorgerinnen sein, die von Familie zu Familie kommen und hier das heimtückische Leiden mit seinen oft spät erst einsetzenden schweren Folgen auffinden und rechtzeitig erkennen müssen. Eine enge Zusammenarbeit mit den Kreisärzten, die Fortbildung der Fürsorgerinnen durch diese oder, wo es irgend möglich ist, durch die ärztlichen Leiter der Krüppelfürsorgestellen wird notwendig sein.

Zum Schluß sei ein kurzer Rückblick auf die Aufgaben der Gesundheitsfürsorge, vor die wir in den meist ländlichen Kreisen unserer Heimatprovinz gestellt sind, gestattet. Die Volksgesundheit ist hier ein getreuer Abdruck der Kultur, ihre Hebung ist nicht möglich, ohne daß auch auf dem Lande das Verständnis für Gesundheitspflege Eingang findet, ohne daß das Volk eine höhere Kulturstufe erreicht. Daran müssen wir in erster Linie arbeiten, wir Gesundheitspioniere, die Fürsorgeärzte, Kreisfürsorgerinnen und Fürsorgerinnen, diese zu allermeist. Es muß uns gelingen, auch dem einfachen Manne beizubringen, daß die Pflege der persönlichen Gesundheit ein Teil des Lebensglückes ist, dessen eigner Schmied er sein kann, daß er aber nicht nur das jetzt so viel betonte Recht auf Gesundheit hat, sondern auch den Willen dazu zeigen muß und vor allem auch die Pflicht dazu hat, wenn anders unser verarmtes niedergetretenes Volk wieder gesunden und hochkommen soll.

Von den gesundheitlichen Wirkungen des amerikanischen Alkoholverbots.

Von Dr. J. Flaig in Berlin-Wilmersdorf.

Im „Scientific Temperance Journal“ (Westerville, Ohio) vom Februar d. J. schreibt Cora Frances Stoddard, die Schriftführerin der Scientific Temperance Federation, über „Einige gesundheitliche Gewinnposten in New York unter dem Alkoholverbot“. — Es muß vorausgeschickt werden, daß die Durchführung der neuen Maßnahme gerade vor allem in New York, der weitaus größten Stadt des Landes, mit ihrem Hafencharakter, ihrer bunt zusammengewürfelten und fließenden Bevölkerung usf. von Anfang an auf große Schwierigkeiten stieß und noch stößt — wie an sich schon zwar nicht der mehr ins Innere des Landes greifende Staat New York, aber die New York unmittelbar benachbarten Ost- und Küstenstaaten New Jersey und Connecticut, zum Unterschied von der überwältigenden Mehrheit der Staaten, sich dem Verbot nur gezwungen gefügt haben. Trotzdem kann

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Verfasserin auch hier nach den Berichten des New Yorker Gesundheitsamtes, unter Beigabe verschiedener statistischer Kurven, ein Bild betreffend die Todesfälle an Alkoholismus von 1916 bis 1920, an Leberschrumpfung und an Brightscher Krankheit und Nierenentzündung von 1912 bis 1920, an Säuglingssterblichkeit von 1915 bis 1920 entrollen, das für die neuere Zeit so wesentlich günstigere Züge aufweist:

1. Abnahme der Todesfälle an Alkoholismus seit Mitte 1917, d. h. nach der Kriegserklärung und dem Einsetzen besonderer Beschränkungen für den Alkoholhandel. Waren es 1916 durchschnittlich noch 13 solche Fälle die Woche, so betrug ihre Zahl in der zweiten Hälfte von 1917 nur noch 10, 1918 wenig mehr als 4. Obwohl in New York, wie auch C. F. Stoddard erwähnt, die Durchführung des Verbotsgesetzes zugestandenermaßen unvollkommen gewesen ist, war die Wirkung desselben in dieser Klasse von Todesfällen doch in die Augen springend. In den 18 „trockenen" Monaten bis Ende 1920 verliefen nicht weniger als 21 Wochen ohne berichtete Todesfälle an Alkoholismus, und der Wochendurchschnitt von 1920 ist nur etwas über 1, gegen 13 im Jahre 1916. Die Gesamtzahl fiel von 680 im ebengenannten Jahr auf 69 im Jahre 1920, also auf etwa $^1/_{10}$.

2. „Stets nah verbündet mit den Sterbefällen an Alkoholismus sind diejenigen an Leberschrumpfung, die gewöhnlich als eine mit dem Alkoholismus zusammenhängende Krankheit angesehen wird." Sie zeigen gleichfalls eine bemerkenswerte Abnahme, die mit dem Jahre 1918 einsetzt. War der Durchschnitt 1912 bis 1918 722, so der von 1919 und 1920 wenig mehr als die Hälfte, 370.

3. Ähnlich bei Brightscher Krankheit und Nierenentzündung: Jahresdurchschnitt 1912 bis 1918 5849, 1919 und 1920 4854; also 17 v. H. Rückgang. — Die Verfasserin bemerkt dazu: „Natürlich ist es noch zu früh, um die volle Veränderung abzuschätzen, die sich bei diesen sogenannten Entartungskrankheiten als Folge der Abschaffung des Vertriebs geistiger Getränke ergeben kann. Viele in den letzten zwei Jahren eingetretene Todesfälle reichen unzweifelhaft in ihrem Ursprung weiter zurück. Aber das plötzliche Sinken der Zahl der Sterbefälle an diesen Ursachen gegenüber der stetigen Zunahme der Bevölkerung zeigt an, daß seit Anfang 1919 ein Umstand plötzlich wirksam wurde, der die Verluste durch diese Krankheiten bemerkenswert herabdrückte."

4. Kindersterblichkeit. „Über die höhere durchschnittliche Sterblichkeit der Kinder von Trinkern," so bemerkt die Verfasserin wieder, „sind bei allen sonstigen Meinungsverschiedenheiten über die Wirkung des Trunkes der Eltern auf die Kinder alle wissenschaftlichen Beobachter einig. — Die Erklärung jener Tatsache liegt natürlich teils darin, daß das Trinken Geld verschlingt, das die Wohnungsverhältnisse und die Lebenshaltung für Mütter und Kinder gesundheitsgemäßer gestalten würde, teils nach der Ansicht vieler in der unmittelbaren Wirkung des Alkohols auf die Zellen, in denen das Leben beginnt." — Auch hier lassen sich noch keine bündigen Schlüsse über die Wirkungen des Verbotes ziehen. Immerhin legen nach Ansicht der Berichterstatterin die vorliegenden zahlenmäßigen Feststellungen betreffend die Kindersterblichkeit wenigstens die Annahme nahe, daß das Alkoholverbot in der größten amerikanischen Stadt von einigem Einfluß darauf ist. Bei den Sterbefällen unter einem Jahr betrug

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Durchschnitt der vier Jahre 1915 bis 1918 bei im wesentlichen gleich bleibenden Jahresziffern 12977. Mit 1919 setzte dann plötzlich ein bemerkenswerter Rückgang ein: der Durchschnitt der Jahre 1919 und 1920 stellte sich nur noch auf gegen 11000 (10989) — also eine Abnahme im Jahresdurchschnitt des einen Zeitraums gegenüber dem andern um 15,3 v. H. Entsprechend bei den Zahlen für die Todesfälle unter einem Monat. (Die Verfasserin bemerkt dazu im allgemeinen, daß die größten Kinderverluste in die ersten Tage und die ersten vier Wochen des Kindeslebens fallen: soweit in den Vereinigten Staaten Register geführt werden, betrafen im Jahre 1917 von 171024 Sterbefällen unter einem Jahre 26665 Kinder am ersten Lebenstage, 78588 solche unter einem Monat.) Todesfälle unter einem Monat waren es also in den beiden Zeiträumen 5273 bzw. 4588 — Abnahme 13 v. H.

Vergleicht man hier, da das Alkoholverbot ja als „Kriegszeitverbot" mit dem 1. Juli 1919 eintrat, die zweite Hälfte 1919 mit der gleichen Zeit der Vorjahre, so steht sie — ebenso die zweite Hälfte 1920 — mit 1987 dem Durchschnitt der zweiten Halbjahre 1915 bis 1918 mit 2394 gegenüber.

Wenn 1920 die Sterblichkeit unter einem Monat und namentlich unter einem Jahr doch wieder etwas höher war als 1919 (um 106 bzw. 701), so fällt hier ins Gewicht, daß in der ersten Hälfte von 1920 in New York in einer Zeit ernstlicher Übervölkerung eine langdauernde Masernseuche wütete, die mit ihren Begleit- und Folgeerscheinungen natürlich die Kindersterblichkeit steigerte; weiter die größere Geburtenzahl von 1920. Die im übrigen und ganzen sinkende Entwickelungslinie kann andererseits nicht lediglich etwa auf gesteigerte wirtschaftliche Wohlfahrt zurückgeführt werden, denn 1920 brachte hierin einen gewissen Rückgang; ebensowenig auf eine Abnahme der Geburten (siehe vorhin!).

Auch verhältnismäßig, zur Geburtenzahl in Beziehung gesetzt, erscheinen die Zahlenangaben über die Kindersterblichkeit bedeutsam: in den Jahren 1915 bis 1918 waren es im Durchschnitt 93, 1919 und 1920 84 Fälle. „Die bemerkenswerte Veränderung in den letzten zwei Jahren, in denen Tausende von Heimen von den wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verlusten befreit waren, die mittelbar oder unmittelbar auf die Rechnung des Alkohols zu setzen sind, ist zum mindesten der Beachtung wert."

Besprechungen.

F. Prinzing. Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik. Sozialhygienische Abh. 1. 39 S. Karlsruhe, Müller, 1920. 10 M.

Der Verf. behandelt in seiner auf gründlicher Kenntnis des Standes der Gesundheitsstatistik und ihrer Bedürfnisse beruhenden Arbeit eine Reihe von Fragen und Aufgaben, deren Lösung zunächst in Angriff zu nehmen ist. Der Inhalt dieser Schrift ist für alle, welche an dem Schicksal unserer Gesundheitsstatistik als Gesetzgeber, Leiter von Anstalten und Forscher beteiligt sind, teils beherzigenswert, teils Gegenstand der Auseinandersetzung.

Der kürzere allgemeine Teil befaßt sich mit der zunehmenden Wertschätzung der Gesundheitsstatistik, ihrer Eingliederung in den Hochschulunterricht und der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Die wesentliche Rolle spielt dabei die Stellungnahme zur niederen und höheren Mathematik. Prinzing spricht sich mit den meisten Sachverständigen dagegen aus, daß die Statistik und speziell die Gesundheitsstatistik zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einem Betätigungsfeld — und damit indirekt auch zu einer Nährstelle — für den reinen Mathematiker werden soll. Das wäre durchaus schädlich. Der Gesundheitsstatistiker muß wissen, was aus dem Material und den Erzeugern derselben, den Ärzten, herauszuholen ist, und im Bedarfsfall auch für praktische Forderungen Verständnis haben. Das kann nur ein Arzt. Auf die höhere Mathematik kommt es nicht so sehr an, selbst die Theorie der Sterbetafel läßt sich ohne höhere Analysis und Integralrechnung darstellen. Nur die Herstellung der ausgeglichenen Sterbetafeln bedarf technischer Verfahren, zu deren vollem Verständnis eine förmliche Ausbildung in höherer Mathematik vielleicht unerläßlich ist.

Auf Einzelprobleme, wie die von Gottstein hervorgehobene Unzulänglichkeit des Vergleichs von Erfahrung und Erwartung, wie auf die Probleme der Ursachenlehre (Kausalität und Konditionalismus), ist Prinzing nicht eingegangen. Ergänzend darf hier bemerkt werden, daß bei der Berechnung von erwartungsmäßigen Zahlen teilweise mit einfachen oder zu wenig zusammengesetzten Wahrscheinlichkeiten gerechnet wird, während diese tatsächlich überhaupt oder stärker zusammengesetzt sind, als man annimmt. Die Kluft zwischen Erfahrung und Erwartung beruht also auf der Variabilität der Wahrscheinlichkeiten und diese wieder auf Zahl und Art des Zusammenwirkens der Ursachen, sie kann also nur durch Erkenntnis dieser Ursachen und Einfügung derselben in die Rechnung verkleinert werden. Volle Übereinstimmung zwischen Erwartung und Erfahrung bedeutet die Kenntnis aller, ein Unterschied das Fehlen der Kenntnis bestimmter Ursachen.

Bei den besonderen Aufgaben der Gesundheitsstatistik bespricht Prinzing zunächst die Kriegssanitätsstatistik. Hier vermissen wir einen Hinweis auf die Frage der Zunahme bestimmter Krankheiten, namentlich der Geisteskrankheiten, bei Heer und Zivilbevölkerung, und ihre Beziehungen zum Alkoholismus. Eingehend befaßt sich Prinzig mit Geburten und Kinderzahl. Zur Ergänzung wäre auch eine Statistik der Ehen nötig. Bei den Eheschließungen sollte nämlich außer von den Verwandtenehen auch der zukünftige Wohnort statt des Trauungsortes ermittelt werden. Bei dem Kapitel „Stand der Bevölkerung" ist die schulärztliche Statistik, die Gebrechenstatistik und die Anlegung von Stammlisten eingehend gewürdigt. Hierher würden aber vom technischen Standpunkt Vorschläge zur Verbesserung der Berufszählung als Grundlage der Morbiditäts-, Mortalitäts-, Invaliditäts- und Unfallstatistik gehören.

Ausführlich wird die Krankheitsstatistik behandelt. Die Krankenhausstatistik wünscht Prinzing mit Recht vereinfacht zu sehen. Besonders wertvoll sind auch die Bemerkungen zur Sterblichkeitsstatistik. Dabei wird in dem Unterkapitel „Säuglingssterblichkeit" auch die Aufwuchsziffer behandelt. An Berechnungen solcher fehlte es auch schon lange vor Aufbringung dieses Namens nicht. Die korrekteste Aufwuchsziffer ist aber diejenige des von einer Generation überhaupt erzeugten Nachwuchses, also das erwartungsmäßige oder historische Verhältnis der Größe zweier aufeinanderfolgenden Generationen, alles andere ist willkürlich abgegrenzt.

Als ein besonders aktuelles Problem bezeichnet Prinzing die Frage nach den Veränderungen der sozialen Sterblichkeitsunterschiede unter dem Einfluß der gesellschaftlichen Verschiebungen durch Krieg und Revolution.

Unter „Entartung und Vererbung" wird insbesondere die Vererbung der Geisteskrankheiten besprochen und auf Ruedins Ergebnisse meiner Geschwistermethode bei Dementia praecox hingewiesen. Die Feststellung der polyhybriden Bedingtheit dieses Merkmals stammt aber, wie auch Siemens anerkennt, von mir, ebenso die spezielle Deutung im Sinne mehrfacher Rezessivität. Ruedin hat diese ihm von mir gegebene Deutung erst akzeptiert, nachdem ich ihn überzeugt hatte, daß die Geschwistermethode nicht in den Dienst der auf Grund scheinbarer Ergebnisse der genealogischen Betrachtung gewonnenen Auffassung der Dementia praecox als einfach rezessiven Merkmals gestellt und ebensowenig wegen des Widerspruchs ihres Ergebnisses mit dieser Auffassung verworfen werden könne. Inzwischen ist aber das ganze Problem in eine neue Phase eingetreten. Vor allem handelt es sich um eine Auseinandersetzung mit dem Problem der Außenfaktoren und die Frage nach Größe und Bedeutung der wahren Erbzahlen. Die Geschwistermethode liefert diese bei Kreuzungsgemischen nicht, sondern zu hohe Werte, und es ist daher auch die Frage aufzuwerfen, ob sie mehr leistet, als daß sie auf die mögliche Kleinheit der wahren „Erbzahl" und damit auf eine Vielheit der Ursachen des Merkmals hinweist.

Zum Schluß seiner Arbeit wirft Prinzing die Frage nach einer dauernden qualitativen Schädigung des deutschen Volkes durch den Krieg auf, diese hält er für wichtiger als den vorübergehenden Rückgang der Volkszahl.

Weinberg (Stuttgart).

Westenhoefer. Die Aufgaben der Rassenhygiene im neuen Deutschland. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Berlin 1920.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Autor sieht die Hauptaufgabe der Rassenhygiene nicht in der Verhinderung der Fortpflanzung der offensichtlich Minderwertigen, die nur einen kleinen Teil des Volkes ausmachen, sondern in der Bekämpfung wohlbekannter Keimschädigungen, wie des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten, in der Begünstigung der Frühehe und der besonderen Fürsorge für die Tüchtigen in allen Volksschichten.

Weinberg (Stuttgart).

C. Doering. Die Bevölkerungsbewegung der englischen Kolonien vor und in dem Weltkriege. Arch. f. Soz. Hygiene u. Demographie, 14, 1921, S. 97.

Alle Kolonien hatten große Menschenverluste, durch Geburtenausfall und Zunahme der Bevölkerung, etwa 3 Proz. gegen 4 Proz. in Großbritannien und 8,1 Proz. in Mittel- und Westeuropa. An Stelle der Einwanderung trat ein Auswanderungsüberschuß. Trotz alledem ist noch immer ein Männerüberschuß vorhanden.

Weinberg (Stuttgart).

Berenfeld. Die österreichische außerordentliche Volkszählung am 31. Jan. 1920. Ebenda, S. 145.

Bezeichnet die Zählung als verfrüht und unvollständig und wenig vertrauenswürdig.

Weinberg (Stuttgart).

Eyk. Organisation der Volksgesundheit.

Hebt 19 Mängel der niederländischen Volksgesundheitspflege hervor, die fast alle auch in Deutschland bestehen, so z. B. die Überflügelung des behandelnden Arztes durch den beamteten Arzt zum Nachteil der Staatskasse und des Kranken, die geplante Bevorzugung der ehemaligen Militärärzte bei Besetzung erledigter und neuer Stellen wird dieses Verhältnis in Deutschland auch nicht verbessern. (Bedauerlich genug ist, daß das Preußische Statistische Landesamt deshalb nicht einen erprobten ärztlichen Statistiker zu berufen imstande war.) Der einzige Unterschied scheint zu sein, daß in den Niederlanden eine Scheu vor neuen Gesetzen, in Deutschland aber das Gegenteil besteht. Zur Behebung der Mängel schlägt Eyk ein Ministerium für Volksgesundheit und obligatorische Gemeindegesundheitsämter vor. Solche Vorschläge lassen sich gut begründen, aber es kommt doch wohl sehr wesentlich darauf an, in welchem Geist sie ausgeführt werden. Vor allem müßte doch erst die bureaukratisch preußische Herrschaft in den Gesundheitsbehörden endgültig ausgemerzt werden. In Polen geht es auch mit ärztlicher Spitze.

Weinberg (Stuttgart).

R. Pöthe. Badetechnik der Gegenwart. 96 S., 26 Abbild. Dresden, Gustav Wolf, 1920.

Der erste Abschnitt handelt von „Beschaffenheit des Anlagekapitals", von verschiedenen jetzt herrschenden Ansichten über „Trennung der Geschlechter in Badeanstalten" und von dem „verständig geleiteten Badebetrieb".

Der zweite Teil macht uns mit dem eigentlichen Gegenstande „Badetechnik" vertraut. Die Anlage von Wannen- und Brausebädern, von Schwimm-, Garten- und kleineren Kurbädern, sowie die Einrichtung von elektrischen und Höhensonnenbädern wird eingehend beschrieben.

„Nebenbetriebe", womit Elektrizitätswerke und Wäschereien gemeint, ist der dritte Abschnitt überschrieben.

Im letzten Abschnitt endlich wird auch der „wirtschaftlichen Einrichtung, Verfassung und Verwaltung" in einem Badebetriebe Erwähnung getan, so daß wohl alle Fragen über das moderne Badewesen Berücksichtigung gefunden haben.

Bei dem immer mehr sich verbreitenden Verständnis für den gesundheitlichen Wert des Bades im Volke, womit naturgemäß das Bedürfnis für gute, nach neuzeitlichen technischen und hygienischen Gesichtspunkten erbauten Badeanstalten sich in stärkerem Maße fühlbar macht, wird die Schrift Pöthes ein ausgezeichneter Führer und willkommener Ratgeber für Gemeinden, Bezirke und Privatpersonen sein, die im Besitz eines Badebetriebes sind oder beabsichtigen, einen solchen einzurichten. Dabei geht Verf. nicht nur auf rein technische Fragen ein, sondern er zeigt auch, wie man bei immerhin gutem Material und einer allen Ansprüchen genügenden Anlage mit billigen Mitteln auskommen kann, er hilft somit eine Forderung zu erfüllen, die in unserer Zeit der überall nötigen Sparsamkeit ganz besonders zu beachten ist.

Voigt (Jena).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. Dr. R. Abel
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 10
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des zehnten Heftes.

Seite

Gesetzentwürfe zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Von Privatdozent Dr. Christian, Berlin 325

Die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Leonhard Voigt in Nürnberg. (Vortrag, gehalten in der Nürnberger Medizinischen Gesellschaft und Poliklinik, am 26. Mai 1921.) 338

Martin Pansa, Sachsens ältester „Gewerbearzt". Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Thiele in Dresden 348

Besprechungen:

Henriette Fürth. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als bevölkerungspolitisches, soziales, ethisches und gesetzgeberisches Problem. Reichert (Jena) 356

H. Berger. Die Säuglingssterblichkeit im Regierungsbezirk Gumbinnen. Solbrig 358

Rehberg. Zur Neuregelung des städtischen Gesundheitswesens. Solbrig 358

Brieger. Die Organisation des Kreiswohlfahrtsamts mit besonderer Berücksichtigung des Kreisgesundheitsamts. Solbrig 358

Pusch. Das Staatliche Medizinal-Untersuchungsamt in Danzig von seiner Gründung bis zum Ausscheiden aus dem Dienste des Preußischen Staates. Solbrig 359

Wilhelmi. Die Bekämpfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schädlinge. Solbrig 359

Dr. jur. Th. Geiger. Das uneheliche Kind und seine Mutter im Recht des neuen Staates. Dresel (Heidelberg) 359

Clemens Pirquet. System der Ernährung. Kisskalt (Kiel) . . 359

F. W. Bach (Bonn). Untersuchungen über die Lebensmittelrationierung im Kriege. Kisskalt (Kiel) 360

H. Kaemmerer. Die Abwehrkräfte des Körpers. Dr. Voigt (Jena). 360

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt. Merkel 360

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege

1921. Heft 10.

Gesetzentwürfe zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten.

Von Privatdozent Dr. Christian, Berlin.

Die Frage des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten ist jetzt in das entscheidende Stadium getreten. Seit Jahrzehnten ist die Flut der Geschlechtskrankheiten immer mehr gestiegen und man geht wohl nicht fehl, wenn man dies auf das Überhandnehmen der städtischen Siedelungsform mit ihrer Lockerung der Sexualmoral zurückführt. Jedenfalls waren die Geschlechtskrankheiten auf dem Lande weit seltener als in der Stadt. Der Krieg hat eine neue Flutwelle der Geschlechtskrankheiten gebracht, und diese hat das außerordentlich Bedenkliche, daß sie auch das bisher noch ziemlich seuchenfreie Landvolk bedroht. Alle bisherigen Kampfmittel gegen die Geschlechtskrankheiten haben, darüber müssen wir uns klar sein, völlig versagt. Weiter zuzusehen, wie die Gesundheit und Lebenskraft des schwergeprüften Volkes durch die Geschlechtskrankheiten untergraben wird, ohne nach neuen Kampfmitteln Umschau zu halten, wäre eine schwere Versäumnis, ja ein Verbrechen. Überblicken wir darum die Sachlage!

Als Quelle der Geschlechtskrankheiten hat man bisher ausschließlich die Prostitution betrachtet, was auch insofern richtig ist, als nur von Prostituierten infolge ihres massenhaften Geschlechtsverkehrs eine alle anderen übersteigende Ansteckungsgefahr ausgehen kann. Der Fehler besteht nur darin, daß nicht nur diejenigen, die öffentlich rechtlich oder nach polizeilicher Liste als Prostituierte zu bezeichnen sind, die große Gefahrenquelle darstellen, sondern in demselben, vielleicht sogar noch in höherem Maße die sogenannten geheimen Prostituierten, deren Zahl vermutlich zehnmal so groß ist, als die der öffentlichen Dirnen. Da die Übertragung der Krankheiten nur durch den Geschlechtsverkehr stattfindet, so war es auch von vornherein verkehrt, den männlichen Zwischenträger gänzlich außer acht zu lassen. Die bisherige Kampfesweise gegen die Geschlechtskrankheiten dürfte allgemein bekannt sein, ich wiederhole nur einige Daten, um sie ins Gedächtnis zurückzurufen. 1794 wurde in Deutschland die sogenannte Reglementierung nach französischem Vorbild eingeführt, d. h. die polizeiliche Aufsicht über diejenigen Frauenspersonen, die gewerbsmäßig die Unzucht betrieben. Der Hauptwert wurde hierbei auf das Gewerbsmäßige gelegt; wer einen Lebensunterhalt aus anderen Mitteln, als dem der Unzucht einigermaßen glaubhaft nachweisen konnte, blieb von der Polizeiaufsicht verschont. Die Polizeiaufsicht bestand in dem Zwang zur regelmäßigen ärztlichen Untersuchung und der Einweisung in Krankenhäuser während des Bestehens ansteckender Krankheiten. Ohne Zweifel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat die Reglementierung, die bis in die neueste Zeit fortbestanden hat, manches Unheil verhütet, und vor allem dafür gesorgt, daß die Prostitution nicht allzu schamlos ihr Haupt erhob. Das Problem gemeistert hat sie nicht, den Geschlechtskrankheiten gegenüber hat sie versagt. Der aus England übernommene Abolitionismus hat vorwiegend eine negative Aufgabe, nämlich die Bekämpfung der Reglementierung. Die vom Abolitionismus vertretenen rechtlichen und staatsbürgerlichen Anschauungen über die Behandlung der Prostitution, die zum Teil berechtigt sind, dürften in diesem Zusammenhange nebensächlich sein. Das positive Programm, die Sanierung der Prostitution durch soziale Fürsorge und sittliche Erziehung scheitert praktisch an dem Umstande, daß die Mehrzahl der Prostituierten minderwertig und darum nicht erziehbar ist. Selbst wenn eine nennenswerte Wirkung dieser Maßnahmen nachzuweisen wäre, so würde der Erfolg für die Beseitigung der Geschlechtskrankheiten nur sehr langsam eintreten und immer recht unsicher bleiben. Wie die Verhältnisse liegen, brauchen wir jetzt stärkere Mittel.

Die 1902 begründete Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten segelte unter ihrem Begründer, Geheimrat Neißer, in dem Fahrwasser der Reglementierung und focht in den ersten Jahren ihres Bestehens sehr heftige Kämpfe mit den Abolitionisten aus. Seit Professor Blaschko Vorsitzender der Gesellschaft ist, wird von ihr eine überwiegend abolitionistische Politik getrieben. Die Gesellschaft hat es verstanden, reichliche Geldmittel verfügbar zu machen und mit ihrer Hilfe eine sehr rührige Werbetätigkeit in Gang zu bringen. Daß sie hierbei gelegentlich auch einmal einen Mißgriff getan hat, soll ihr nicht verdacht werden, jedenfalls kann sie sich das Verdienst zuschreiben, die Frage der Geschlechtskrankheiten immer weiter in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt und die Scheu vor der öffentlichen Behandlung dieses Themas gebrochen zu haben. Daß sie ihrem eigentlichen Ziel, der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, schon näher gekommen sei, wird sie selbst nicht behaupten wollen. Pläne und Anregungen sind zwar in größeren Mengen in ihrem Bereiche aufgetaucht, doch konnte bisher noch kein Plan zu einem anerkannten Erfolge führen. Noch unter Neißers Leitung spielte der Gedanke, mit Hilfe von Gesundheitsämtern eine ärztliche Aufsicht über alle Geschlechtskranken auszuüben, eine gewichtige Rolle. Von Prof. Blaschko wurde 1915 der Bielefeldsche Plan, Beratungsstellen für Geschlechtskranke nach dem Muster der Lungen-, Säuglings- und Trinkerfürsorgestellen zu errichten, aufgegriffen und mit Hilfe des Reichsversicherungsamtes im Laufe der folgenden Jahre durchgeführt. Nach den ersten Berichten der Verfechter dieser Idee war damit endlich das Mittel gefunden, die Geschlechtskrankheiten wirksam zu bekämpfen. Heute müssen wir nach den praktischen Erfahrungen einiger Jahre bekennen, daß die Beratungsstellen für Geschlechtskranke den auf sie gesetzten Erwartungen keineswegs entsprochen haben. Auf den Grund dieses Versagens kommen wir noch später zurück.

1918 lag dem Deutschen Reichstage ein Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor (Nr. 1287 der 13. Legislaturperiode zweite Session), der aus den Beratungen des Bevölkerungspolitischen Ausschusses hervorgegangen war, aber nicht mehr zur Abstimmung gelangte. Er ent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hält einen Teil der Bestimmungen, die in den weiter unten mitgeteilten Entwurf der Reichsregierung aufgenommen worden sind, insbesondere das Verbot der gewerbsmäßigen Behandlung von Geschlechtskranken durch Nichtärzte, das Verbot der Fernbehandlung von Geschlechtskranken und der Anpreisung von Heilmitteln gegen Geschlechtsleiden, die Ermächtigung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke, von ansteckungsverdächtigen Personen ein ärztliches Zeugnis bzw. die Vornahme einer ärztlichen Untersuchung zu verlangen, sowie gewerbsmäßige Dirnen einer Zwangsbehandlung, gegebenenfalls einer Krankenanstalt zuzuführen. Endlich den sogenannten Gefährdungsparagraphen, d. h. die Bestrafung des Geschlechtsverkehrs beim Vorhandensein einer übertragbaren Geschlechtskrankheit ohne Nachweis der erfolgten Übertragung.

Nach der Revolution wurde sodann die folgende Verordnung vom 11. Dezember 1918 mit Gesetzeskraft erlassen.

Verordnung der Reichsregierung vom 11. Dezember 1918 zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1. Geschlechtskrankheiten im Sinne dieser Verordnung sind Syphilis, Tripper und Schanker ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten.

2. Personen, die geschlechtskrank sind, und bei denen die Gefahr besteht, daß sie ihre Krankheit weiter verbreiten, können zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen, insbesondere in ein Krankenhaus überführt werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsteren Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden sind, dürfen nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden. Die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

3. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, sofern nicht nach dem allgemeinen Strafgesetz eine härtere Strafe eintritt. Die Verfolgung tritt, soweit es sich um Ehegatten und Verlobte handelt, nur auf Antrag ein. Die Strafverfolgung verjährt in 6 Monaten.

4. Wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich untersucht oder behandelt, soll sie über Art und Ansteckungsfähigkeit der Krankheit, sowie über Strafbarkeit der im § 3 bezeichneten Handlung belehren.

Am 28. Januar 1920 beschloß der Bevölkerungspolitische Ausschuß der preußischen Nationalversammlung, von der Reichsregierung einen Gesetzentwurf zu verlangen, durch den unter anderen Beratungsstellen für Geschlechtskranke, Pflegeämter für Prostituierte unter Aufhebung der Sittenpolizei amtlich eingeführt, die Anzeigepflicht für alle Geschlechtskranken ohne Namensnennung, aber mit der Möglichkeit der Namensfeststellung in besonderen Fällen, und der Behandlungszwang für alle Geschlechtskranken durchgeführt werden sollen, und fand hierfür am 25. Februar 1920 die Zustimmung der preußischen Nationalversammlung.

Überblickt man auf Grund der kurz angedeuteten Tatsachen die Sachlage, so muß man mit Bedauern feststellen, daß bisher kein einziger Gedanke in die gesetzgeberische Tat umgesetzt ist, der imstande gewesen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wäre, der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine neue Richtung oder auch nur einen neuen Antrieb zu geben. Daß aber etwas Derartiges unbedingt erforderlich ist, das fühlt die öffentliche Meinung ebensogut wie die gesetzgebenden Faktoren. Dementsprechend ist im Frühjahr 1920 der Deutschen Nationalversammlung ein Gesetzentwurf der Regierung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Nr. 71 der Reichstagsdrucksachen) zugegangen, der folgende Bestimmungen enthält.

Der Regierungsentwurf.

Dem Reichsrat wird der Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nebst Begründung mit dem Ersuchen ergebenst vorgelegt, die gemäß Art. 69 der Verfassung des Deutschen Reiches erforderliche Zustimmung zu seiner Einbringung an die Nationalversammlung erteilen zu wollen. Der Reichsminister des Innern Koch.

Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird.

§ 1. Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind Syphilis, Tripper und Schanker ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten.

§ 2. Wer geschlechtskrank ist, hat die Pflicht, sich von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt behandeln zu lassen. Eltern, Vormünder und sonstige Erziehungsberechtigte sind verpflichtet, für die ärztliche Behandlung ihrer geschlechtskranken Pflegebefohlenen zu sorgen.

§ 3. Die zuständige Gesundheitsbehörde kann Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die Geschlechtskrankheiten weiter zu verbreiten, anhalten, ein von einem behördlich dazu ermächtigten Arzt ausgestelltes Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorzulegen oder sich der Untersuchung durch einen solchen Arzt zu unterziehen. Auf Antrag des untersuchenden Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt derartige Gesundheitszeugnisse beizubringen.

Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, können zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsten Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden sind, dürfen nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden.

§ 4. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, sofern nicht nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches eine härtere Strafe verwirkt ist.

Die Verfolgung tritt, soweit es sich um den Geschlechtsverkehr zwischen Ehegatten und Verlobten handelt, nur auf Antrag ein.

Die Strafverfolgung verjährt in 6 Monaten.

§ 5. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane ist nur den für das Deutsche Reich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

approbierten Ärzten gestattet. Jede Behandlung solcher Krankheiten, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmung erfolgt (Fernbehandlung), ist verboten.

Wer einen anderen einem der im Abs. 1 enthaltenen Verbote zuwider behandelt oder sich zu einer solchen Behandlung öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleiernder Weise, erbietet, wird mit Gefängnis bis zu 1 Jahr und mit Geldstrafe bis zu 10 000 M. oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Gleiche Strafe trifft den Arzt, der sich zur Behandlung der im Abs. 1 bezeichneten Krankheiten in unlauterer Weise erbietet.

§ 6. Wer eine geschlechtskranke Person ärztlich untersucht oder behandelt, soll sie über die Art der Krankheit und über die Ansteckungsgefahr sowie über die Strafbarkeit der im § 4 bezeichneten Handlungen belehren und ihr hierbei ein amtlich genehmigtes Merkblatt aushändigen.

Fehlt dem Kranken die zur Erkenntnis der Ansteckungsgefahr erforderliche Einsicht, so soll die Belehrung und die Aushändigung des Merkblattes an denjenigen erfolgen, der für das persönliche Wohl des Kranken zu sorgen hat.

§ 7. Wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich behandelt, hat der im § 13 bezeichneten Beratungsstelle Anzeige zu erstatten, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung entzieht oder wenn er andere infolge seines Berufs oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet. Kommt der Kranke den Anweisungen der Beratungsstelle nicht nach, so hat diese der im § 3 bezeichneten Gesundheitsbehörde Kenntnis zu geben.

§ 8. Wer als Beamter oder Angestellter einer Gesundheitsbehörde oder einer Beratungsstelle unbefugt offenbart, was ihm über Geschlechtskrankheiten eines anderen oder ihre Ursache oder über die sonstigen persönlichen Verhältnisse der Beteiligten dienstlich bekannt geworden ist, wird mit Geldstrafe bis zu 1500 M. oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Den Antrag kann auch die Gesundheitsbehörde stellen.

§ 9. Wer Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Weise, ankündigt oder anpreist, oder solche Mittel oder Gegenstände an einem allgemein zugänglichen Orte ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und mit Geldstrafe bis zu 3000 M. oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Straflos ist die Ankündigung oder Anpreisung dieser Mittel oder Gegenstände an Ärzte oder Apotheker oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in wissenschaftlichen, ärztlichen oder pharmazeutischen Fachzeitschriften.

§ 10. Mit Gefängnis bis zu 1 Jahr und mit Geldstrafe bis zu 10 000 M. oder mit einer dieser Strafen wird bestraft, sofern nicht nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches eine härtere Strafe verwirkt ist,

1. eine weibliche Person, die ein fremdes Kind stillt, obwohl sie an einer Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. wer ein syphilitisches Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, obwohl er die Krankheit des Kindes kennt oder den Umständen nach kennen muß;
3. wer ein sonst geschlechtskrankes Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter, ohne sie vorher über die Krankheit und die gebotenen Vorsichtsmaßnahmen durch einen Arzt mündlich unterweisen zu lassen, stillen läßt, obwohl er die Krankheit des Kindes kennt oder den Umständen nach kennen muß;
4. wer ein mit Krankheitserscheinungen an der Haut oder an den Schleimhäuten behaftetes Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, ohne vorher durch einen Arzt die Art der Krankheit feststellen zu lassen;
5. wer ein geschlechtskrankes Kind, obwohl er die Krankheit kennt oder den Umständen nach kennen muß, in Pflege gibt, ohne den Pflegeeltern von der Krankheit des Kindes Mitteilung zu machen.

Straflos ist das Stillen oder Stillenlassen eines syphilitischen Kindes durch eine weibliche Person, die selbst an Syphilis leidet.

§ 11. Mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft wird bestraft:

1. eine Amme, die ein fremdes Kind stillt, ohne im Besitz eines unmittelbar vor Antritt der Stellung ausgestellten ärztlichen Zeugnisses darüber zu sein, daß an ihr keine Geschlechtskrankheit nachweisbar ist;
2. wer zum Stillen eines Kindes eine Amme in Dienst nimmt, ohne sich davon überzeugt zu haben, daß sie im Besitz des in Ziffer 1 bezeichneten Zeugnisses ist.

§ 12. Das Strafgesetzbuch wird abgeändert wie folgt:

I. § 180 erhält folgenden zweiten Absatz:

Das Gewähren von Wohnung an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird auf Grund des Abs. 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anwerben oder Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist.

II. § 184 erhält folgenden dritten Absatz:

Straflos ist das Ausstellen, Ankündigen oder Anpreisen von Gegenständen, die zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten dienen, soweit es nicht in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise erfolgt.

III. § 361 Ziffer 6 erhält folgende Fassung:

6. wer öffentlich in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet.

§ 13. Im ganzen Reichsgebiete müssen öffentliche Beratungsstellen für Geschlechtskranke in ausreichender Anzahl vorhanden sein.

Die Voraussetzungen ihrer Zulassung und ihr Aufgabenkreis werden durch Ausführungsbestimmungen geregelt, welche die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats erläßt.

§ 14. Die Zuständigkeit der Behörden und die Aufbringung der durch die Ausführung dieses Gesetzes entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

§ 15. Dieses Gesetz tritt am . . . . . in Kraft.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mit dem gleichen Tage tritt die Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. Dezember 1918 (Reichs-Gesetzbl. S. 1431) außer Kraft.

Der Gesetzentwurf sieht eine Anzeigepflicht nicht vor, überläßt es vielmehr den Ärzten, diejenigen Kranken der Gesundheitsbehörde zu melden, welche ihnen hierzu geeignet erscheinen. Man braucht kein Hellseher zu sein, um zu erkennen, daß das Anzeigerecht der Ärzte nur in den seltensten Fällen ausgeübt werden wird; denn wer von ihnen häufiger Meldungen erstattet, wird in kurzer Zeit bemerken, daß er von den Geschlechtskranken gemieden wird. Der Geschlechtskranke wird in der überwiegenden Zahl die Ärzte aufsuchen, von denen bekannt ist, daß sie nicht melden, wir werden also gewissenhafte Ärzte haben, die nichts zu melden haben; und weniger gewissenhafte, die nichts melden. An dieser kaum bestreitbaren Tatsache ändert auch der eindringliche Wortlaut des Gesetzentwurfes nichts. Zugleich entsteht die Frage, wie die übrigen Bestimmungen des Gesetzentwurfes praktisch durchgeführt werden können. Welches Mittel besitzt man, um die Behandlungspflicht durch approbierte Ärzte auch nur einigermaßen sicherzustellen, wenn man auf die allgemeine Anzeigepflicht verzichtet? Ebenso ist der sogenannte Gefährdungsparagraph, der jeden Geschlechtsverkehr während des Bestehens einer übertragbaren Geschlechtskrankheit verbietet, ohne Anzeigepflicht unwirksam, weil man so gut wie niemals dem Betreffenden nachweisen kann, daß er von der Übertragungsfähigkeit seiner Krankheit Kenntnis gehabt habe oder den Umständen nach haben mußte. Mit papierenen Verordnungen ist uns aber gar nicht gedient.

Weiterhin kann es als verfehlt angesehen werden, daß als die eigentlichen Organe der Aufsicht die Beratungsstellen für Geschlechtskranke eingeführt werden. Diese sind ausgesprochenermaßen nur für die minderbemittelte Bevölkerung bestimmt, während die zahlenden Patienten ausschließlich der Beratung durch die Spezialärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten vorbehalten bleiben. Setzen wir den Fall, daß die Beratungsstellen einen tatsächlichen Erfolg bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aufzuweisen haben, so werden die bessersituierten Volksschichten, bei denen sich am bisherigen Zustande nichts ändert, davon unberührt bleiben. Wir wissen aber recht genau, daß gerade in diesen Kreisen die Geschlechtsleiden häufiger sind als in den minderbemittelten, und daß von ihnen eine weit größere Gefahr für die Weiterverbreitung der Krankheiten ausgeht. Vom volksgesundheitlichen und rassehygienischen Standpunkte wird die Ausschaltung der höheren sozialen Pflichten aus den Bekämpfungsmaßnahmen in gleicher Weise als empfindliche Lücke zu betrachten sein. Im übrigen dürfte den Beratungsstellen auch nach ihrer gesetzlichen Einführung auf Grund des vorstehenden Gesetzentwurfs kein entscheidender Erfolg beschieden sein. Solange sie ohne durchgreifende Machtmittel auf die freiwillige Mithilfe der Ärzte angewiesen sind, werden sie an den wichtigsten Teil der Krankheitsüberträger nicht herankommen. Es bedarf keiner weiteren Erörterungen, um nach den vorstehenden Bemerkungen das völlige Versagen des gesamten Bekämpfungsplanes, wie er in dem Gesetzentwurf der Regierung niedergelegt ist, zu erkennen.

Nun lag der Deutschen Nationalversammlung noch ein weiterer Entwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von Dr. K. Schirr-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

macher (Reichstagsdrucksache Nr. 3) vor, der hier im Wortlaut wiedergegeben sei.

Dieses System lautet juristisch formuliert folgendermaßen:

§ 1. Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind Tripper, weicher Schanker und Syphilis, ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten.

§ 2. Wer an einer Geschlechtskrankheit leidet oder den Umständen nach annehmen muß, daß er daran leidet oder sich in einem neuen mit Ansteckungsgefahr verbundenen Stadium einer anscheinend geheilten Geschlechtskrankheit befindet, hat sich innerhalb einer angemessenen Frist unter Angabe seines richtigen Namens bei einem approbierten, vom zuständigen Kreisarzt als attestierfähig (vgl. § 6) geführten Arzt in Behandlung zu begeben, anderenfalls er zwangsweise einer Untersuchung oder einem Heilverfahren unterworfen werden kann. Der Antrag auf Anordnung einer Untersuchung oder eines Heilverfahrens kann, falls nicht genügend begründet, im Vorverfahren rechtskräftig abgelehnt werden. Anonyme Anträge sind unstatthaft. Die Verpflichtung, die Behandlung herbeizuführen, trifft hinsichtlich geschlechtskranker Personen, die der Fürsorge eines anderen unterstehenden, den Fürsorgepflichtigen.

§ 3. Befürchtet jemand, an einer Geschlechtskrankheit zu leiden, so ist er, wenn er weniger als 10 000 M. versteuert und keiner Kasse angehört, verpflichtet, sich von einem attestierfähigen Arzt auf Staatskosten untersuchen zu lassen, so lange, bis dieser in der Lage ist, den Befund attestieren zu können. Jede Behandlung von Erkrankungen der Geschlechtsteile, welcher Art diese auch sein mögen, durch nicht attestierfähige Ärzte ist verboten.

Wenn nach Ansicht des Arztes der Gesundheitszustand des Kranken oder andere Umstände unbedingt erfordern, daß ihm die Beschaffenheit der Krankheit vorläufig nicht offenbart wird, so hat der Arzt bei der Meldung dies mitzuteilen unter Angabe der Gründe und des voraussichtlichen Zeitpunktes, wann die Offenbarung stattfinden kann. In solchen Fällen kann ausnahmsweise die wöchentliche Meldung auch durch dritte, z. B. den Arzt oder Gatten, erfolgen.

§ 4. Wer zwangsweise vom Gesundheitsamte auf Grund des vorliegenden Gesetzes einem Krankenhaus oder Ambulatorium überwiesen ist, darf diese Anstalten nur mit ärztlicher Genehmigung verlassen.

Im Falle der Nichtheilung wird solchen Kranken bei der Entlassung eine Abschrift zur Unterschrift vorgelegt, auf dem sie davon Kenntnis nehmen, daß sie darauf aufmerksam gemacht sind.

§ 5. Der attestierfähige Arzt gibt dem Erkrankten gegen Bescheinigung eine Aufklärungsschrift über dieses Gesetz, belehrt ihn mündlich über dasselbe, über Art und Ansteckungsfähigkeit der Krankheit.

Er teilt dann die Anfangsbuchstaben des Vor- und Zunamens, die drei Zahlen des Geburtsdatums und den Anfangsbuchstaben des Geburtsortes des Erkrankten, sowie die Diagnose und sonstige zu beantwortende Fragen auf einem Formularkartenbrief eingeschrieben dem zuständigen „Statistischen Gesundheitsamt“ mit, das auch für die statistische Meldung aller anderen ansteckenden Krankheiten zuständig ist. Dieses sendet die Kartenbriefe abschriftlich wöchentlich an die Zentrale. Diese befindet sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Berlin. Für jede Provinz und jeden selbständigen Staat wird eine Filiale des Gesundheitsamtes errichtet.

§ 6. Attestierfähige Ärzte sind alle Ärzte, die sich beim zuständigen Kreisarzt als solche melden und sich der Kontrolle des Statistischen Gesundheitsamtes unterwerfen. Über grobe Verfehlungen entscheidet eine für jeden Verwaltungsbezirk auf die Dauer von 2 Jahren gewählte, aus drei Kreisärzten, drei attestierfähigen Ärzten und einem unparteiischen Vorsitzenden bestehende Kommission. Gegen eine Entziehung der Attestierfähigkeit durch diese Kommission kann der betreffende Arzt binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses Berufung an das aus acht Personen und einem Vorsitzenden zusammengesetzte Berufungsgericht einlegen. Die rechtskräftige Entziehung der Attestierfähigkeit wird öffentlich bekanntgemacht.

Das Gesundheitsamt und seine Filialen dürfen weder an das Gericht, noch an die Polizei, noch an sonst irgend eine Behörde, noch an Private Mitteilungen irgendwelcher Art über die ihnen direkt oder indirekt bekannt gewordenen Mitteilungen, Wahrnehmungen, Verhandlungen und Tatsachen machen. Alle Aufzeichnungen und Akten sind so zu verwahren, daß sie Unbefugten unzugänglich sind.

§ 7. Sämtliche Personen (Ärzte, Kreisärzte, Gehilfen, Angestellte, Schreiber usw.) sind gegenüber allen Behörden und Privatpersonen über die ihnen durch ihre berufliche Tätigkeit direkt oder indirekt bekannt gewordenen Verhandlungen, Wahrnehmungen, Mitteilungen und Tatsachen zum Stillschweigen verpflichtet. Eine gerichtliche Vernehmung dieser Personen über diese Mitteilungen und Tatsachen ist unzulässig.

§ 8. Jeder Erkrankte hat innerhalb der ersten vier Tage, also bis spätestens Mittwochabend einer jeden Woche, auch wenn er sich auf Reisen befindet, einen ihm von einem approbierten Arzt übergebenen, von diesem ausgefüllten, gestempelten und unterschriebenen formularmäßigen Einschreibebrief mit der in § 5 erwähnten Chiffre der Post zu übergeben, und zwar immer an die Adresse des in § 5 erwähnten „Statistischen Gesundheitsamtes", dem der erste Arzt die Meldung (§ 5) gemacht hat, und zwar so lange, bis ein attestfähiger Arzt den Betreffenden für gesund erklärt hat. Der Brief enthält die vom Arzt zu beantwortenden Fragen für das Statistische Gesundheitsamt.

§ 9. Beim Nichteintreffen des in § 5 erwähnten Einschreibebriefes kann dieses Amt den Erkrankten brieflich unter Berechnung einer sofort vollstreckbaren Gebühr von 10 M. um eine Einsendung des Einschreibebriefes ersuchen und ihn bei nochmaliger Nichtabsendung durch die Polizeibehörde auf seine Kosten zwangsweise ärztlicher Behandlung zuführen oder einem Krankenhause überweisen lassen.

§ 10. Die Portokosten für alle geforderten Meldungen trägt das Reich. Nur attestierfähige Ärzte erhalten formularmäßige Einschreibebriefe für die Erkrankten. Nicht eingeschriebene Briefe gehen auf Gefahr des Absenders.

§ 11. Bei Erkrankten, die weniger als 10000 M. jährlich versteuern und keine Kassenpatienten sind, trägt der Staat die Kosten der Behandlung, auch die der Behandlung auf Grund des § 9 nach der Minimaltaxe, auch die Kosten für verschriebene Arzneimittel und Gegenstände der Kranken-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pflege. In besonderen Fällen sonstiger nachweisbarer Bedürftigkeit, namentlich bei Verheirateten, findet ebenfalls freie Behandlung statt.

§ 12. § 361,6 des Str.-G.-B. wird aufgehoben. Dem § 180 des Str.-G.-B. werden die Worte zugefügt: „Diese Vorschrift findet keine Anwendung auf das Gewähren von Wohnung an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn damit weder ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, noch ein Anwerben oder Anhalten dieser Person zum gewerbsmäßigen Geschlechtsverkehr verbunden ist."

§ 13. Alle Übertretungen der zur Sicherung der Gesundheit, des öffentlichen Anstandes und der Ordnung von der Ortspolizeibehörde erlassenen Vorschriften werden bestraft. Bestraft wird ferner, wer öffentlich in einer Weise, die geeignet ist, den öffentlichen Anstand zu verletzen, zum Geschlechtsverkehr gegen Entgelt auffordert oder sich anbietet. Die Grundsätze für diese Vorschriften werden durch Reichsgesetz geregelt.

§ 14. Wer über 18 Jahre alt ist und gegen Entgelt mit einer Mehrzahl von Personen gewerbsmäßig Geschlechtsverkehr ausübt, ist bei einer Strafe von mindestens 3 Monaten Gefängnis verpflichtet, dies dem Statistischen Gesundheitsamt mitzuteilen. Irgendwelche bürgerliche Nachteile erwachsen ihm nicht aus dieser Mitteilung. Nur ist er verpflichtet, laut § 15 jede Woche dreimal auf Staatskosten ein Attest einzureichen. In allen öffentlichen Tanzlokalen und sonstigen Lokalen, in denen vermutungsweise Gewerbsmäßige verkehren, ist ein Auszug dieses Gesetzes durch Wandanschlag zu veröffentlichen.

Wer dringend verdächtig ist, daß er gegen Entgelt mit einer Mehrzahl von Personen gewerbsmäßig Geschlechtsverkehr ausübt, ohne daß er dies dem Statistischen Gesundheitsamt mitgeteilt hat, wird, falls der gewerbsmäßige Verkehr in einem anhängigen Gerichtsverfahren rechtskräftig bestätigt wird, von dem Statistischen Gesundheitsamt dem zuständigen Kreisarzt gemeldet. Diesem werden ebenfalls alle bisher wegen Gewerbsunzucht inskribierten weiblichen Personen und solche, die sich freiwillig melden, mitgeteilt. Gewerbsmäßige unter 18 Jahren werden vom Gericht der Vormundschaftsbehörde zwecks weiterer Veranlassung gemeldet. Das Gericht kann im Vorverfahren nach Prüfung und Begründung Anträge auf ein Verfahren zur Feststellung des gewerbsmäßig ausgeübten Geschlechtsverkehrs wegen ungenügender Begründung rechtskräftig ablehnen. Die Gewerbsmäßigen bleiben als solche so lange beim Statistischen Amt namentlich aufgeführt, bis sie nachweislich 3 Monate lang einem geordneten bürgerlichen Erwerb nachgegangen sind oder sonst glaubhaft machen, daß sie keinen gewerbsmäßigen Geschlechtsverkehr mehr ausüben. Den sie behandelnden Ärzten ist verboten, höhere als die amtlich festgesetzten Gebühren oder sonstige Einnahmen von ihnen zu erzielen.

§ 15. Die Gewerbsmäßigen haben sich auf Staatskosten dreimal wöchentlich untersuchen zu lassen und bis zu jedem Montag-, Mittwoch- und Freitagabend ein Gesundheitszeugnis eines attestierfähigen Arztes an die Adresse des Kreisarztes der Post zu übergeben. Ist dieses bis Dienstag-, Donnerstag- und Sonnabendabend nicht eingelaufen, so können sie ohne weitere Mahnung zwangsweise einem Krankenhause oder Arzt auf ihre Kosten zugeführt werden. Krank befundene Gewerbsmäßige werden vom Arzt auf Staatskosten, in besonderen dringenden Fällen telephonisch oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

telegraphisch, dem Kreisarzt namentlich mitgeteilt, der auf Staatskosten, auf Wunsch auch auf ihre Kosten, die Überführung und Behandlung in einem Krankenhaus anordnet. Die Nichtbefolgung der Anordnung, ein Krankenhaus unmittelbar nach der Untersuchung aufzusuchen, wird mit Gefängnis bis zu 1 Jahr, jedoch nicht unter 3 Monaten bestraft.

Bei Überfüllung der Krankenhäuser kann ausnahmsweise ambulatorische Behandlung angeordnet werden. Dies ist dem Gesundheitsamt unter Begründung mitzuteilen. Arzneimittel und Gegenstände der Krankenpflege werden in diesem Falle auf Staatskosten geliefert.

Die Gewerbsmäßigen haben jeden Wohnungswechsel spätestens zwei Tage nach dem Wegzuge dem bisherigen und dem neu zuständigen Kreisarzt zu melden.

§ 16. Die gewerbsmäßige Behandlung von Geschlechtskrankheiten, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmung an den zu behandelnden Personen erfolgt (Fernbehandlung), ist verboten.

§ 20. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er sich in einem mit Ansteckungsgefahr verbundenen Stadium einer Geschlechtskrankheit befindet, wird mit Gefängnis nicht unter 1 Jahr bestraft, sofern nach den allgemeinen Strafgesetzen nicht eine härtere Strafe eintritt. Die Verfolgung tritt, soweit es sich um Ehegatten handelt, nur auf Antrag ein. Der Antrag kann bei Verheirateten zurückgezogen werden. Die Strafverfolgung verjährt in 6 Monaten. Der Antrag kann vom Gericht im Vorverfahren nach Prüfung und Begründung wegen ungenügender Begründung rechtskräftig abgelehnt werden, nachdem der Antragsteller vorher gehört worden ist.

Ist eine gerichtliche Untersuchung aus Abs. 1 eingeleitet und der Geschlechtsverkehr für die fragliche Zeit nachgewiesen, so hat das Gesundheitsamt auf Verlangen des Gerichts mitzuteilen, und zwar nur bejahend oder verneinend, ob der Beschuldigte zur Zeit der angeblichen Tat als geschlechtskrank oder als gesund gemeldet war.

§ 21. Personen mit frisch erworbener, primärer oder sekundärer Syphilis dürfen mindestens 2 Jahre nach der Ansteckung nicht geschlechtlich verkehren oder heiraten. Sie haben während dieser 2 Jahre alle 8 Tage dem nach § 8 zuständigen Amt ein formularmäßiges Gesundheitsattest einzusenden, es sei denn, daß sie in der symptomfreien Zeit durch ärztliches Attest von der Formulareinsendung für eine 3 Monate nicht überschreitende Frist befreit sind. Diese Frist wird unterbrochen, sobald bei dem Meldepflichtigen ein neues, mit Ansteckungsgefahr verbundenes Krankheitsstadium sich einstellt. Nach Ablauf der obigen 2 Jahre ist nur dann eine neue Meldung alle 8 Tage zu erstatten, wenn noch ansteckungsfähige Krankheitserscheinungen vorhanden sind oder auftreten.

§ 28. Sämtliche Gerichtsverhandlungen dieses Gesetz betreffend finden unter Ausschluß der Öffentlichkeit statt.

Der Gesetzentwurf sieht die allgemeine und diskrete Anzeigepflicht vor. Sein Vorzug besteht darin, daß das Bestreben der Geschlechtskranken, ihre Namen zu verschweigen, geschont wird, solange sie sich den Anordnungen betreffend Behandlung und Enthaltung vom Geschlechtsverkehr fügen, daß aber jederzeit die Möglichkeit besteht, ihre Namen festzustellen und sie auf diese Weise zur Einhaltung ihrer Pflichten zu zwingen bzw.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für Übertretungen zu bestrafen. Durch diese Anordnung werden nicht nur die Prostituierten, und nicht nur die minderbemittelten Volksklassen, sondern alle Geschlechtskranken männlichen und weiblichen Geschlechts erfaßt, vorausgesetzt, daß die noch zu erörternden und noch in der Praxis sich ergebenden Hintertüren rechtzeitig verstopft werden. In den Kreisen, die sich mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheit beschäftigt haben, ist die Frage der allgemeinen Anzeigepflicht seit langem ein Gegenstand des Streites. Die Mehrzahl ihrer Gegner stützt sich auf die Erfahrungen der Spezialärzte für Geschlechtskrankheiten, nach denen mit der Einführung der Anzeigepflicht die Geschlechtskranken in großer Zahl von den gewissenhaften Ärzten und sonstigen Krankenbehandlern fort, in die Arme der gewissenlosen Heilschwindler entfliehen würden. Inwieweit diese Sorge berechtigt ist, läßt sich nicht beurteilen, jedenfalls muß man damit rechnen, daß das Bestreben, einer Anzeige zu entgehen, bei den meisten Infizierten stark ausgeprägt ist, und wohl in einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen zur Behandlung durch Pfuscher, zur Selbstbehandlung oder Nichtbehandlung der Krankheit führen kann. Trotzdem haben auch früher schon namhafte Sachverständige, wie z. B. Flesch, den Standpunkt vertreten, daß die Anzeigepflicht selbst mit ihren Nachteilen das kleinere Übel gegenüber den jetzigen Zuständen sei. Der Gesetzentwurf Schirrmacher umgeht in sehr geschickter Weise die Gefahr der Abwanderung der Patienten von den gewissenhaften zu den gewissenlosen Krankenbehandlern. Es besteht jedoch noch eine Lücke, die am besten sofort, d. h. durch Einarbeitung entsprechender Bestimmungen in den Entwurf, geschlossen wird. Nach dem Entwurf wird die Behandlung von Geschlechtskrankheiten allen denjenigen Personen verboten, die von der Gesundheitsbehörde hierzu nicht ermächtigt sind. Wer den Heilschwindel kennt, weiß, daß es für die Heilschwindler nicht schwer ist, diese Bestimmungen zu umgehen. Man konstatiert eben niemals eine ansteckende Geschlechtskrankheit, sondern nur harmlose Entzündungen, Hautausschläge u. dgl. Wer will dem Krankenbehandler nachweisen, daß er die richtige Diagnose gestellt hat oder seinen Kenntnissen nach hätte stellen müssen.

Hier bleibt nichts anderes übrig als eine wirksame Kontrolle. Bisher waren alle gewerbsmäßigen Krankenbehandler, die nicht approbierte Ärzte waren, verpflichtet, eine Liste ihrer Kundschaft zu führen und diese auf Verlangen dem zuständigen Kreisarzt vorzulegen. Tatsächlich ist von dieser Bestimmung wohl niemals Gebrauch gemacht worden, und so werden sich die Herren Kurpfuscher die Listenführung nicht erst angewöhnt oder wieder abgewöhnt haben. Um hier Ordnung zu schaffen, ist folgende Bestimmung erforderlich:

Jeder nicht attestierfähige Krankenbehandler hat dem zuständigen Gesundheitsamte allwöchentlich eine Liste derjenigen Personen einzureichen, die seine Hilfe im Verlauf der vergangenen Woche in Anspruch genommen haben. Die Liste soll den vollen Namen, Stand, Alter und Diagnose der Krankheit enthalten. Das Gesundheitsamt hat das Recht, von denjenigen Personen, die ihm als mit einer übertragbaren Geschlechtskrankheit behaftet verdächtig erscheinen, ein Zeugnis eines approbierten Arztes über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer übertragbaren Krankheit zu verlangen, und im Weigerungsfalle die Feststellung auf dem Zwangswege durchzusetzen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der vorstehende Vorschlag scheint mir vor der Hand die einzige Möglichkeit zu sein, die Gefahren, die von dem Kurpfuschertum für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ausgehen, einzudämmen. Er ergibt eine Handhabe, dem Heilschwindel auf die Finger zu sehen, und wirkt besonders dadurch auf die Geschlechtskranken, daß sie von dem Kurpfuscher in jedem Falle mit vollem Namen, wenn auch unter falscher Diagnose, dem Gesundheitsamt gemeldet werden müssen, während von dem attestierfähigen Krankenbehandler der Name nur unter besonderen Verhältnissen preisgegeben wird. Die Beaufsichtigung der gewerbsmäßigen Kurpfuscher hinsichtlich der Zuverlässigkeit ihrer Listen wäre in geeigneter Weise, nötigenfalls durch Nachprüfung an Ort und Stelle, etwa im Wartezimmer durchzuführen. Zweifellos ist der Vorschlag ein harter Eingriff, der die in Deutschland bestehende Kurierfreiheit beeinträchtigt, indes steht hier ein so wertvoller Teil der Volksgesundheit auf dem Spiele, daß noch weit härtere Bestimmungen, wie z. B. die Aufhebung der Kurierfreiheit, gerechtfertigt sein würden.

Ferner bedarf der Entwurf noch einer Ergänzung betreffend die Zuständigkeit des Gesundheitsamtes, des Pflegeamtes und der Polizei bei der Aufsicht über die Prostitution. Daß das Gesundheitsamt ausschließlich die volksgesundheitlichen Interessen, insbesondere die Durchführung des Behandlungszwanges und die Verhütung der Ansteckung zu wahren hat, dem Pflegeamt aber die sittliche Erziehung und die soziale Fürsorge für die Prostituierten zufällt, ist ohne weiteres klar.

Für die unentwegten Abolitionisten aber, die zurzeit einen starken Einfluß auf die Gesetzgebung ausüben, muß noch besonders klargelegt werden, daß die Polizei bei dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nicht entbehrt werden kann. Selbstverständlich muß die Polizei das Recht behalten, gegen alle Überschreitungen der öffentlichen Ordnung und Sittlichkeit einzuschreiten, andererseits bedarf sowohl das Gesundheitsamt als auch das Pflegeamt der Mitwirkung der Polizei, um die für nötig erachteten Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Wenn die Zuständigkeit der drei Faktoren Gesundheitsamt, Pflegeamt und Polizei in dem Gesetz selbst keinen Platz finden sollte, so müßte ihre Abgrenzung und die Form ihres Zusammenwirkens durch die Ausführungsbestimmungen eingehend erläutert werden.

Leider sind die beiden Gesetzentwürfe, die infolge der Auflösung der Deutschen Nationalversammlung im Sommer 1920 unerledigt geblieben sind, dem Reichstage noch nicht wieder vorgelegt worden. Es ist auch noch nichts davon bekannt geworden, daß auf diesem so außerordentlich wichtigen Gebiete der Volksgesundheit ein Vorgehen geplant wird. Es scheint sogar, als ob von gewissen Seiten, unter der Angabe, daß die Geschlechtskrankheiten bereits im Rückgange begriffen seien, der Kampf gegen diese Volksseuchen lahmgelegt werden sollte. Wie man eine solche Feststellung ohne Anzeigepflicht gemacht haben will, bleibt unerfindlich, jedenfalls wäre es eine schwere Versäumnis der furchtbaren Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, noch länger tatenlos zuzusehen. Jeder Tag bedeutet ein weiteres Abbröckeln der Volksgesundheit. Um die Erörterung wieder in Fluß zu bringen, hat die Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene eine Entschließung gefaßt, die den zuständigen Ministerien, den gesetzgebenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Körperschaften, sowie der Tages- und Fachpresse zugegangen ist, und die hier im Wortlaut wiedergegeben sei.

„Die Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene erblickt in dem Gesetzentwurf der Regierung gegen die Geschlechtskrankheiten eine stumpfe Waffe im Kampfe gegen diese immer bedrohlicher werdenden Krankheiten, weil sie sich nur gegen die Gefahren bei der minderbemittelten Bevölkerung richtet, und auch diese nur ganz unvollkommen erfaßt. Die Pflicht zur Behandlung durch einen Arzt bleibt durch die Unmöglichkeit einer wirksamen Aufsicht eine papierene Verordnung. Dahingegen kann der Gesetzentwurf Schirrmacher als ein bedeutsamer Fortschritt gewertet werden. Die allgemeine Anzeigepflicht ohne Namensnennung, aber mit steter Möglichkeit der Namensfeststellung, die Beaufsichtigung einer geordneten Behandlung durch die Gesundheitsbehörde, und die Möglichkeit, den sogenannten Gefährdungsparagraphen mit Hilfe der Anzeigepflicht wirksam zu machen, sind geeignet, die Verbreitung der Geschlechtsleiden weitgehend einzudämmen. Die Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene lehnt daher den Regierungsentwurf ab und tritt für den Entwurf Schirrmacher ein, dessen Annahme sie im Interesse der Volksgesundheit fordert."

Nach den vorangegangenen Darlegungen braucht der Entschließung keine Erläuterung mehr hinzugefügt werden. Sie hebt die Gesichtspunkte deutlich hervor, die zur Beurteilung der Sachlage dienen, ohne sich in Einzelheiten zu verlieren.

[Aus der Beratungsstelle Nürnberg der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken. Leitender Arzt Dr. Leonhard Görl.]

Die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. Leonhard Voigt in Nürnberg.

(Vortrag, gehalten in der Nürnberger Medizinischen Gesellschaft und Poliklinik, am 26. Mai 1921.)

Die Einrichtung von Beratungsstellen verdankt ihre Entstehung den trüben Erfahrungen der ersten Kriegsjahre. Denn es zeigte sich bald eine starke Zunahme der venerischen Krankheiten in der Etappe und in der Heimat. Diese traurige Tatsache mußte die Befürchtung wachrufen, daß ein großes, nicht mehr wieder gut zu machendes Unheil angerichtet würde, wenn alle diese kranken Leute — ob nun verheiratet oder unverheiratet — wieder nach Hause zurückgelangten und die Seuche noch weiter verbreiten würden. Erschwerend kam außerdem noch der Umstand hinzu, daß diese Krankheiten in noch größerem Umfange, als es früher der Fall war, auch aufs flache Land hinausgetragen worden waren, wo sie doch früher nur vereinzelt in Erscheinung traten.

Der Gedanke, den Einbruch dieser verheerenden Krankheiten in die Heimat aufzuhalten, die in ihren Folgen die Volkskraft der lebenden und der folgenden Generation zu untergraben drohte, rief die meist großzügig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

arbeitende Reichsversicherung auf den Plan. Eine Förderung erfuhren diese Ideen dann noch durch Generaloberst v. Bissing, der als Generalgouverneur von Belgien den ständigen Ausschuß der Landesversicherungsanstalten im März 1915 zu einer Studienreise in Belgien einlud, die gemeinsam mit dem Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Belgien erfolgte. Neben der Bewilligung von Mitteln zur Bekämpfung der im Etappengebiet stark grassierenden Prostitution wurde vor allem der Gedanke der Beratungsstellen für Geschlechtskranke wieder aufgenommen bzw. neu geschaffen. Als erste hatte die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bereits vor dem Kriege eine Fürsorgestelle für syphilitisch Erkrankte eingerichtet. Diesen Hamburger Gedanken galt es nun fortzusetzen und zu erweitern. In enger Zusammenarbeit kamen Reichsversicherungsanstalt, Vertreter der Heeresbehörden, des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Versicherungsanstalten, Krankenkassenverbände, Berufsorganisationen und Ärzteorganisationen zur Festlegung bestimmter Richtlinien, die in der Aufstellung folgender Leitsätze gipfelten:

1. Zur Verminderung der Gefahr einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten im deutschen Volke ist eine Überwachung geschlechtskranker Kriegsteilnehmer auch nach ihrer Entlassung geboten. Um diese Überwachung erfolgreich zu gestalten, ist ein planmäßiges Zusammenarbeiten der Träger der Invaliden- und Krankenversicherung mit der Ärzteschaft unerläßlich.

Zum Zwecke dieser Überwachung werden besondere Beratungsstellen von den Versicherungsanstalten nach Benehmen mit der zuständigen ärztlichen Standesvertretung eingerichtet. Es kann zweckmäßig sein, für Versicherungsanstalten und Sonderanstalten oder für Teile dieser Bezirke gemeinsame Beratungsstellen einzurichten.

2. Die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung der Beratungsstellen und die Reisekosten der Versicherten tragen die Versicherungsanstalten. Der Dienstbetrieb in den Beratungsstellen wird im allgemeinen nach dem Vorbilde der Fürsorgestelle der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Hamburg einzurichten sein. Verzieht der Versicherte in einen Bezirk einer anderen Anstalt, so werden die über ihn geführten Aufzeichnungen dorthin abgegeben.

3. Die Ärzte der Beratungsstellen sollen sich der Behandlung enthalten. Sie haben nur die Notwendigkeit einer solchen festzustellen und den Kranken auf ärztliche Hilfe zu verweisen.

4. Stellt der Arzt der Beratungsstelle eine Behandlungsbedürftigkeit fest, so ist der gegen Krankheit Versicherte grundsätzlich der Krankenkasse zu überweisen, es sei denn, daß er triftige Gründe gegen eine Behandlung auf Kosten der Krankenkasse geltend macht. In diesem Falle wird die Versicherungsanstalt die Behandlung auf ihre Kosten übernehmen.

5. Die Versicherunganstalt übernimmt ferner die Behandlung, wenn der Kranke nicht gegen Krankheit versichert ist. Die Versicherungsanstalt kann auch die Fürsorge für nicht oder nicht mehr gegen Invalidität Versicherte übernehmen, wenn der Kranke dem Kreise der versicherungspflichtigen Bevölkerung nahe steht, und zu besorgen ist, daß ohne Eingreifen der Versicherungsanstalt eine sachgemäße Behandlung unterbleibt.

Diese Gedankengänge sind sicher großzügig, aber sie kranken an manchen Fehlern. Und das Grundübel ist das gleiche, wie es stets bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Bekämpfung der Geschlechtskranken überhaupt hemmend in den Weg tritt — es besteht kein Behandlungszwang und keine Anzeigepflicht für diese Erkrankungen. Es ist erklärlich und begreiflich, daß man sich scheut, eine so tiefgreifende Maßnahme hier durchzuführen. Denn man darf sich die große Gefahr nicht verhehlen, die darin liegen würde, eine Verordnung zu erlassen, welche die Ärzte verpflichtet, die Geschlechtskrankheiten wie andere übertragbare und gemeingefährliche Krankheiten anzuzeigen. Ein großer Prozentsatz der Kranken würde eben die Beiziehung eines Arztes unterlassen, oder zum Kurpfuscher gehen, und das ist es ja gerade, was wir vermeiden wollen. Ob wir jedoch um dieses schwierige Problem ganz herumkommen, und in welcher Weise es eventuell gelöst werden könnte, das ist eine Frage, in der wir wohl nie zu einer allseits befriedigenden Lösung kommen werden. Auf jeden Fall wäre dann ein ganz strenges Kurpfuschereigesetz mit hohen Strafen notwendig.

Weiter in Betracht kommt ein passiver oder aktiver Widerstand von seiten der Kranken und der Ärzte. Der Widerstand der Kranken tritt nur wenig in Erscheinung. Viele kommen von selbst, und diejenigen, die vorgeladen werden — über den Modus, wie das geschieht, werde ich später noch sprechen —, finden nichts ungewöhnliches in dem Vorgang, wenn man ihnen den Zweck des Unternehmens, das jeden Zwang und jede polizeiliche Aufsicht ausschließt, klar macht. Und gerade mancher, der zuerst mit erheblichstem Mißtrauen kam, wird später einer unserer besten Kunden.

Mehr Gefahren als von seiten der Patienten drohen der neuen Institution von seiten der Ärzte. Und um nun manchen Einwendungen von dieser Seite gleich die Spitze abzubrechen, möchte ich zuerst kurz auf den Geschäftsgang in der hiesigen Beratungsstelle eingehen. Diese Stelle wurde von der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken im Jahre 1917 gegründet. Sie stand zuerst unter Leitung von San.-Rat Dr. Epstein und wurde im Jahre 1919 von Dr. Görl übernommen. Bei dem weiteren Ausbau des Betriebes fanden wir auch in ärztlichen Fragen bei dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken, Herrn Oberregierungsrat Kolb, stets verständnisvolles Entgegenkommen. Mit vieler Mühe gelang es uns im vorigen Jahre, bei der damals herrschenden Wohnungsnot der Stelle ein eigenes Heim zu schaffen, nämlich Paniersplatz 35. Das Personal besteht aus einem Arzt, einem von der Stadt überlassenen Sekretär und einer Schwester.

Was kommen nun da für Leute? Da kommen einmal die sogenannten Selbstmeldungen, das sind Leute, die freiwillig die Beratungsstelle aufsuchen. Sie haben „nur eine Kleinigkeit", wegen der sie einen Arzt nicht konsultieren oder die Kasse nicht in Anspruch nehmen wollen. Aber oft steckt hinter dem so harmlos aussehenden Geschwürchen das erste Zeichen einer Lues, und es gelingt so, die Kranken sofort einem Arzt zuzuführen und somit die Aussichten auf eine verhältnismäßig rasche endgültige Heilung zu verbessern. Auch die Ansicht, daß die Krankenkassen für „solche Krankheiten" nicht aufkommen, ist unter dem Volke noch weit verbreitet, und auch hier kann man aufklärend wirken und da eine Behandlung veranlassen, wo sie mit Rücksicht auf die Kosten gescheut wird. Mancher will auch Auskunft haben über irgend ein inseriertes Heilmittel oder einen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reklamemachenden Heilkundigen, von dem er gelesen hat oder den er bereits in Anspruch genommen hat, wobei er viel Geld los wurde, ohne den gewünschten Erfolg zu erreichen. Oft ist auch durch eine über lange Zeit hinaus fortgeführte derartige unsachgemäße Behandlung viel kostbare Zeit verloren gegangen. Macht man den Kranken dann darauf aufmerksam, daß das alles Schwindel ist oder daß er einem Kurpfuscher in die Hände gefallen ist, so bekommt man meist die naiv erstaunte Gegenfrage zu hören: „Ja, warum darf das sein, warum ist das nicht verboten?" Der einfache Mann hat immer noch vielfach die Meinung, daß das, was er gedruckt liest, wahr sein muß, nicht nur im redaktionellen Teil seines Parteiblattes, sondern auch im Inseratenteil. Darum widerspricht unser derzeitiges Kurpfuschereigesetz dem natürlichen Volksempfinden. Denn das Publikum wird nie verstehen können, warum man anstandslos den größten Schwindel inserieren darf. Ob man jedoch bei unseren jetzigen Parteiverhältnissen hier durchgreifende Maßnahmen oder auch nur Verständnis für die Wichtigkeit der hier gestreiften Frage erwarten darf, das steht auf einem anderen Blatte. Ein einfaches Mittel gäbe es ja, um diesen Unfug wenigstens etwas einzudämmen, und das bestände darin, daß man den Geschäften die Auflage machte, die Zusammensetzung ihrer Produkte auf den Gefäßen mit deutschen Namen anzugeben und nicht mit lateinischen Hieroglyphen.

Hier müssen auch die Kranken Erwähnung finden, welche bei inserierenden Ärzten in Behandlung standen, und die uns dann unter Weinen oft gestehen, daß ihre letzten Ersparnisse aufgebraucht sind. Auch diese Leute werden einer ordnungsmäßigen Behandlung zugeführt, wenn sie Kassenmitglieder sind auf Kosten ihrer Kasse, sonst werden sie der Poliklinik zugewiesen oder die Kosten von der Landesversicherungsanstalt übernommen. In gewissem Sinne macht die Beratungsstelle den inserierenden Ärzten selbst Konkurrenz, da sie in gewissen Abständen Annoncen in den Zeitungen erscheinen läßt. Sie kann das, ohne der ärztlichen Standesauffassung zu widersprechen, tun, da ja eine Behandlung durch die Anstalt selbst nicht stattfindet.

Die Übernahme der Kosten durch die Landesversicherungsanstalt ist natürlich eine begrenzte. Im allgemeinen wird dafür gefordert, daß der Kranke keiner Kasse angehört, die für ihn zahlt. Ferner soll er Mitglied der Invalidenversicherung sein oder zum mindesten dem Kreise der versicherten Personen nahestehen. Darunter sind vor allem zu verstehen die Frau und die Kinder der Versicherten. Man sollte die Leute immer wieder darauf hinweisen, daß sie sich beim Aufhören der Versicherungspflicht freiwillig weiterversichern, damit ihnen nicht vielleicht ein aus vielen Quittungskarten hergeleiteter Anspruch verloren geht. Eine solche freiwillige Weiterversicherung läßt sich mit ganz geringen Mitteln bewerkstelligen.

Unter den Selbstmeldungen befinden sich auch noch eine ganze Reihe von Leuten, welche der Rosenheimer Betriebskrankenkasse angehören, und die sich scheuen, zu ihrem Bahnarzt zu gehen, da sie nicht wollen, daß es in ihrem Betriebe bekannt wird, daß sie krank sind, weil sie fürchten, dadurch in ihrem Fortkommen gehindert zu sein oder gar ihre Stelle zu verlieren. Einzelnen wurde auch die gewünschte Überweisung zum Spezial-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

arzt verweigert. Um solchen Kranken die Durchführung einer Behandlung zu erleichtern, hat die Beratungsstelle das Recht, sie direkt an einen Spezialarzt zu verweisen.

Haben wir bisher nur von den Kranken gesprochen, die von selbst kommen, so müssen wir uns jetzt auch denjenigen zuwenden, die von irgendwoher zur Beratungsstelle geschickt werden, und das ist die Mehrzahl — wie ich später zeigen werde 65 Proz.

Als erste Gruppe sind hier diese zu nennen, die von Ärzten überwiesen werden. Einmal von praktischen Ärzten zur Sicherstellung der Diagnose oder zur Blutentnahme, von Fachärzten vor allem jedoch nur zur Übernahme der Kosten durch die Landesversicherungsanstalt. In jüngster Zeit ist ein Fachgenosse erfreulicherweise dazu übergegangen, auch diejenigen Kranken der Beratungsstelle mitzuteilen, die ungeheilt aus seiner Behandlung wegbleiben.

Einen hohen Prozentsatz machen jedoch jene Kranken aus, die von irgend einer Stelle zur Vorladung schriftlich gemeldet werden. Solche Meldungen erfolgen einmal vom Krankenhause aus für die dort in Behandlung befindlichen Kranken, vor allem die Luetiker. Und auch hier leisten wir für die frei praktizierenden Ärzte große Dienste, indem wir die Patienten darauf hinweisen, daß zu weiteren Kuren Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist und daß wir sie direkt an einen von ihnen frei gewählten Arzt überweisen. Ein großer Teil der Meldungen kommt jedoch von der Landesversicherungsanstalt und den Krankenkassen. Diese Stellen überweisen jeden Fall von Geschlechtskrankheit, der ihnen bekannt wird, der Beratungsstelle zur weiteren Beobachtung bzw. zur Feststellung der weiteren Behandlungsbedürftigkeit. Einzelne Kassen, z. B. Siemens-Schuckert, gehen sogar so weit, ihre Mitglieder bei Strafe der Entlassung zu verpflichten, die Beratungsstelle aufzusuchen. Auch die Arbeiterräte in größeren Fabriken schicken ihre Mitarbeiter dorthin, wenn sie ihnen irgendwie verdächtig erscheinen und sie eine Gefahr für die Arbeitskollegen wittern. Von dem Gros der in Behandlung befindlichen Kranken erhält die Kasse ja leider keine Kenntnis, da die Verrechnung des Ärztehonorars über den Bezirksverein erfolgt. Anders jedoch bei den arbeitsunfähigen Kranken und bei Vornahme der Wassermannschen Reaktion, die an die Kasse direkt verrechnet werden muß. Von den Kollegen in Fürth werden die Kranken meist zur Blutentnahme geschickt, weil die Ortskrankenkasse Fürth keine Extraleistung für Blutentnahme bezahlt.

In ganz jüngster Zeit ist nun eine Verordnung erschienen, nach einer Notiz im „Bayer. ärztl. Korresp.-Blatt“ Nr. 18, 1921, folgenden Inhalts:

„Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat das Reichsversicherungsamt eine wichtige grundsätzliche Entscheidung getroffen. Sie geht dahin, daß die Krankenordnung den Kassenmitgliedern die Pflicht auferlegen kann, eine derartige Krankheit der Kasse sofort zu melden und den Vorladungen und Anordnungen der Beratungsstellen der Versicherungsanstalten zu folgen. Es kann sogar von den Mitgliedern verlangt werden, nicht versicherte Familienangehörige der Kasse zu melden und sie zur Befolgung der Vorladungen und Anordnungen der Beratungsstellen anzuhalten. Das Versicherungsamt wollte diesen Bestimmungen die Genehmigung versagen, da es an Zwangsmitteln fehle, die Mitglieder zur Inanspruchnahme eines

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arztes zu veranlassen. Das Reichsamt ist aber der Ansicht, daß es zur raschen und gründlichen Heilung des verständnisvollen Mitwirkens der Erkrankten selbst bedürfe. Es läge in ihrem Interesse, nicht durch ein zweckwidriges Verhalten den Heilprozeß zu verzögern oder zu vereiteln. Gerade diese Gefahr berühre in noch höherem Maße die Allgemeinheit. Den verheerenden Folgen dieser Volksseuche könne wirksam nur durch eine möglichst rasche Erfassung des einzelnen Krankheitsfalles entgegengetreten werden."

Ich halte diese Bestimmung für ganz verfehlt und gefährlich, da sie, wenn sie durchgeführt werden sollte, nur das bezwecken würde, daß noch mehr Kranke als bisher sich der ärztlichen Behandlung entziehen. Ja, die Zahl derer, welche die Kasse überhaupt nicht in Anspruch nehmen wollen, sondern die Behandlung auf eigene Kosten durchführen wollen, würde gewaltig steigen. Die Behandlung würde in diesem Falle wohl meist eine ungenügende sein. Gerade der Umstand, daß die Kasse nichts erfährt, ist den Leuten oft das wichtigste. Und bei kleineren Betriebskrankenkassen, wo jeder den anderen kennt, ist dies begreiflich.

Eine letzte Abteilung umfaßt diejenigen Kranken, die vom Gesundheitsamt der Stadt geschickt werden. Bisher war es dort so geregelt, daß derjenige, der anzeigte, von irgend jemand infiziert zu sein, alle 4 Wochen bis zur Heilung ein Zeugnis vorlegen mußte, daß er in Behandlung stand, daß er sich selbst also gewissermaßen unter polizeiliche Kontrolle stellen mußte. Das hielt manchen ab, eine Infektionsquelle, die natürlich nicht bloß für ihn, sondern auch für viele andere bestand, anzugeben, und es ging damit im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten viel verloren. Nach vielen Bemühungen ist es gelungen, den Zustand zu ändern und diese Leute von dem Auge des Gesetzes, das forschend auf ihnen ruhte, zu befreien; sie stehen jetzt bei der Beratungsstelle in zwangloser Beobachtung.

Nun zum Geschäftsgang! Für jeden Kranken, welcher die Beratungsstelle besucht, wird ein Krankenblatt angelegt, in welches der bisherige Verlauf der Krankheit, vor allem auch die bisher geübte Therapie eingetragen wird. Dann wird der Befund erhoben und der etwa nötige Heilplan festgestellt. Ist der Kranke von einem Kollegen zur Nachkontrolle (Blutuntersuchung) geschickt, so wird über den Heilplan nicht gesprochen, sondern dies ganz dem Ermessen des behandelnden Arztes überlassen. Ferner wird der Kranke in einem bestimmten Zeitraum wieder bestellt, wenn der Fall nicht als erledigt betrachtet werden kann.

Die Selbstmeldungen werden sofort beraten, und, wenn nötig, einem freigewählten Arzt zur Behandlung zugewiesen. Stand der Kranke bereits früher bei einem Arzt in Behandlung, so wird er grundsätzlich diesem wieder zugeschickt, wenn er nicht ausdrücklich einen anderen Arzt wünscht. Die Mitteilungen über die Fälle, die von Kollegen geschickt wurden, vor allem auch die Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion, werden dem behandelnden Arzt direkt brieflich oder telephonisch übermittelt.

Die von den Kassen gemeldeten Kranken werden unauffällig vorgeladen. Es geschieht dies in eigens dazu gedruckten Briefumschlägen, welche den Namen unseres Sekretärs oder unserer Schwester als Firma tragen. Auch der Inhalt dieser Schreiben ist ein absolut unverfänglicher.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Kranke wird aufgefordert, auf der Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt zu erscheinen und Invalidenkarten mitzubringen. Erscheint er nicht, so wird er nochmals aufgefordert, eventuell mit einem Handschreiben, wo auf die Schwere seiner Erkrankung hingewiesen wird. Hat auch dieses keinen Erfolg, so wird die Schwester zu einem Hausbesuch hingeschickt. Dann allerdings sind die Mittel erschöpft, da Zwangsmittel nicht zur Verfügung stehen. Aber es ist doch selten, daß es auf diesem Wege nicht gelingt, einen Kranken beizubringen. Ein gleiches Verfahren wird bei den bereits in Beratung befindlichen und noch nicht erledigten Fällen angewendet, wenn die Kranken an dem ihnen vorgesteckten Termin — der nicht einen bestimmten Tag, sondern einen ganzen Monat umfaßt — nicht freiwillig erscheinen.

Diese steten Kontrollen sind für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und für die Kranken selbst von hoher Wichtigkeit. Es ist doch eine bekannte Tatsache, daß sich fast drei Viertel aller Geschlechtskranken einer wirklich ausreichenden Behandlung entziehen, vor allem das Kassenpublikum. Die ersten Erscheinungen sind mit einer Kur weg, es tut ihnen nichts mehr weh, sie spüren nichts mehr, und die schlimmen Folgen, die später kommen, die kennen sie entweder nicht oder halten sie nicht für so bedenklich. Aber in dieser steten Überwachung durch die Beratungsstelle, die ohne jeden Zwang erfolgt und wie das böse Gewissen dem an die Brust klopft, der säumig ist, liegt auch ein großer Vorteil für die Ärzte. Jeder vielbeschäftigte Spezialist, aber auch jeder praktische Arzt weiß aus eigener Erfahrung, daß eine große Anzahl solcher Kranker seiner Klientel spurlos verschwinden, obwohl er sich sagen muß, daß die bisher geübte Behandlung zur endgültigen Heilung nicht ausreichend war. Denn was nützt es denn, wenn man dem Kranken sagt, er müsse in drei Monaten oder in einem halben Jahre einmal wiederkommen, man müsse dann eine neue Blutuntersuchung machen und eventuell weiterbehandeln. Ja, das tut vielleicht der eine oder der andere, aber der Mehrzahl fällt das gar nicht ein, vielleicht denken sie gar nicht einmal mehr daran, und nachlaufen kann man doch dem einzelnen Kranken nicht! Aber die Beratungsstelle kann das und tut es auch. Und die Anstalt legt Wert darauf, immer dem erstbehandelnden Arzt den gleichen Patienten wieder zuzuschicken. Es muß ja zugegeben werden, daß dem Arzt da die eine oder andere Blutuntersuchung entgeht, aber nach der Gebührenordnung bekommt er dafür nur 8 M., und wenn er dann nur eine Kur mehr machen kann, so ist der Ausfall weit wieder wett gemacht. Außerdem müssen die Kranken doch auf die Beratungsstelle, weil durch die direkte Verrechnung der Wassermannschen Reaktion an die Kasse diese von der Erkrankung ihres Mitgliedes Kenntnis erhält. Vielen Kranken, besonders denen, die kleineren Betriebskrankenkassen angehören, ist es unangenehm, wenn das Personal der Kassenverwaltung von ihrer Krankheit weiß. Ihr Zorn richtet sich dann natürlich gleich gegen den behandelnden Arzt, den sie ungerechterweise dafür verantwortlich machen, und manche Fälle von Arztwechsel sind darauf zurückzuführen. Das ließe sich alles vermeiden, wenn die Kranken gleich zur Vornahme der Blutuntersuchung auf die Beratungsstelle geschickt würden, die sie später doch, von der Kasse geschickt, aufsuchen müssen. Kommen sie gleich, dann erfährt die Kasse nichts.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Beratungsstelle soll und will kein Kontrollinstitut für die Ärzte sein, sie ist eine Kontrolle für die Kranken. Und wenn von mancher Seite eingewendet wird, es schiebe sich da eine neue Instanz in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken, so ist das nicht ganz richtig. Wer das sagt, dem schwebt das alte ideale Verhältnis des Familien- und Hausarztes vor, aber er vergißt, daß dieses Ideal, wenigstens in den Kreisen, die für die Beratungsstelle in Betracht kommen, längst zur Utopie geworden ist. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht schiebt schon so viele Zwischenschalter in den ohnehin nur losen Kontakt, daß diese neue Unterbrechung ohne Belang ist. Um so mehr, als sie dem Kranken sowohl, als auch dem Arzt von Nutzen ist. Denn für den Arzt tritt diese Zwischeninstanz nicht hemmend, sondern meist sogar fördernd in Erscheinung. Es wird jeder schon die Erfahrung haben machen müssen, wie schwer es manchmal ist, den Kranken zu überzeugen, daß eine neue Salvarsankur absolut notwendig ist, obwohl er sich ganz gesund fühlt. Mancher wird sogar ein Geschäftsinteresse des Arztes wittern — die mittelfränkische Bevölkerung ist sehr mißtrauisch! —, und leider ist dieses Mißtrauen manchmal nicht unberechtigt, wie verschiedene Erfahrungen auf der Beratungsstelle zeigen, die wir mit inserierenden Ärzten machen mußten. Hören aber die Kranken das gleiche, was ihnen ihr Arzt gesagt hat, von einer unparteiischen Stelle, die nicht selbst behandelt, so werden sie sich eher von der Notwendigkeit dieser Maßnahme überzeugen lassen.

Geht nun aus dem bisher Gesagten hervor, daß auf der Beratungsstelle viel, und in der Mehrzahl der Fälle auch fruchtbare Arbeit geleistet wurde, so muß man sich jetzt, nach einer Bestehungszeit von 4 Jahren, doch darüber ein Urteil bilden, ob sie auch tatsächlich Daseinsberechtigung hat. Die Entscheidung dieser wichtigen Frage muß aber ausgehen von einer genauen kritischen Betrachtung und einer strengen Selbstkontrolle. Es genügt nicht einfach die Entwickelung der Beratungsstelle in die Breite dabei ins Auge zu fassen, sondern man muß Vergleichspunkte auch außerhalb der Mauern der Geschäftsräume mit heranziehen. Diese Vergleichszahlen glauben wir in einer Statistik gefunden zu haben, über die ich Ihnen gleich berichten werde. Vorher jedoch ist es nötig, etwas auf die Frequenzzunahme in den einzelnen Jahren unter den Kranken der Beratungsstelle einzugehen.

Es stellten sich ein:

	Neumeldungen	Lues	Gonorrhöe	Selbstmeldungen
1917	118	73	32	—
1918	315	227	79	49 = 15 Proz.
1919	995	637	293	316 = 30 „
1920	1101	761	218	392 = 35 „

Sie sehen also eine von Jahr zu Jahr zunehmende Frequenzziffer, und das erfreulichste daran ist die wachsende Zahl der Selbstmeldungen; denn da handelt es sich doch in einem großen Prozentsatz um Leute, die nicht oder wenigstens nicht so frühzeitig den Arzt aufgesucht hätten, sondern vor allem beim Kurpfuscher gelandet wären.

Von einer Zunahme der Frequenzziffer der Beratungsstelle aber auf eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten überhaupt schließen zu wollen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wäre natürlich verfehlt. Denn diese Ziffer hängt doch vor allem von dem Umstande ab, wie diese Institution bekannt wird und wie sie sich einführt. Es war nun noch zu untersuchen, wie sich diese Zahlen zu dem übrigen Krankenstande verhalten. Da war nun guter Rat teuer. Daß die Geschlechtskrankheiten in den letzten Jahren des Krieges, und vor allem in den Revolutionswirren, wo sich alle Bande frommer Scheu lösten und viele Hemmungen, die sonst bestanden, wegfielen, enorm zugenommen haben, das weiß ja jeder, der in die Verhältnisse nur einigermaßen Einblick hat. Aber woher die statistischen Unterlagen nehmen? Einer Anregung des Leiters der Beratungsstelle folgend, wurden die Kassenbücher der Krankenkassen im ärztlichen Bezirksverein zu einer Statistik verarbeitet, die von mir zusammen mit unserem Sekretär, Herrn Oberstadtsekretär Dillmann und Herrn cand. med. Paul Görl vorgenommen wurde. Wir haben nach den Diagnosen der Kassenbücher sämtliche Erkrankungen an Lues und Gonorrhöe gezählt, die sich bei Spezialärzten, Frauen- und Nervenärzten in Behandlung befanden. Bei den Spezialärzten und Nervenärzten ging das ja leicht, aber bei den Gynäkologen, da wurde es schwieriger. Denn wo hört da die Endometritis auf und wo fängt der Tripper an? Da half ich mir so, daß ich je drei Erkrankungen an Oophoritis, Parametritis und Adnextumor als zwei Tripper zählte und jede zweite Endometritis als Gonorrhöe. Der eine Gynäkologe wird nun sagen, das sei zu viel, der andere, das sei zu wenig, und so hoffe ich, vielleicht die Mittellinie gefunden zu haben.

Wir waren uns dessen vollkommen bewußt, daß dieser Statistik große Mängel anhaften. Einmal bleiben sämtliche Erkrankungen außer Betracht, die nicht bei den genannten Spezialisten in Behandlung standen. Von den praktischen Ärzten haben viele im Felde recht gut die Lues- und Gonorrhöebehandlung gelernt, so daß sie solche Kranke in wachsender Zahl selbst behandeln. Daher können auch die erhaltenen Zahlen zu der Mitgliederzahl der Kassen nicht in Relation gebracht werden. Ferner sind die Einträge in den Büchern nicht immer ganz genau, und außerdem werden die Übergänge stets doppelt gezählt. Die doppelte Zählung von Luetikern, die Wiederholungskuren machen, kommt hier weniger in Betracht, da viele nur eine Kur machen.

Aber manches kann man aus der Statistik doch schließen, und was uns veranlaßte, sie doch vorzunehmen, war die Überlegung, daß es sich hier um einen genau begrenzten, sich ungefähr gleich bleibenden Personenkreis handelt und daß die Fehlerquellen jedes Vierteljahr die gleichen sind, so daß es gelingt, doch relative Zahlen zu gewinnen, die uns einen ungefähren Überblick geben können, über die Bewegung in der Zahl und der Art der Erkrankungen.

Die Gesamtzahl der erfaßten Fälle war:

1919 . . . . . 3807 | 1920 5122

Diese Fälle verteilten sich, nach Quartalen und Krankheiten ausgeschieden, wie folgt (s. Tabelle auf nebenstehender Seite):

Das 2. Quartal 1920 nimmt eine besondere Stellung ein, weil damals der Ärztestreik herrschte, und ein Teil der Kollegen über diese Zeit keine Eintragungen machte. Diese Zahl fällt also ein wenig aus dem Rahmen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Lues	Gonorrhöe		Lues	Gonorrhöe
1. Quartal 1919 . .	328	364	1. Quartal 1920 . .	556	737
2. „ 1919 . .	408	477	2. „ 1920 . .	433 (!)	535 (!)
3. „ 1919 . .	486	598	3. „ 1920 . .	602	827
4. „ 1919 . .	500	646	4. „ 1920 . .	630	820
Sa. . .	1722	2085	Sa. . .	2223	2919

Man sieht an der von Vierteljahr zu Vierteljahr ansteigenden Ziffer, daß die Geschlechtskrankheiten tatsächlich zunehmen und kann diese Steigerung am deutlichsten bei der Gonorrhöe erkennen, denn bei den Luetikern könnte man immer noch einwenden, daß die Rezidivbehandlung mit inbegriffen sei.

Wie rasch und mit welchen Folgen sich die Krankheiten verbreiten, sieht man aus anderen Zahlen. Im Jahre 1919 nahm die Gonorrhöe beim Manne stetig zu, und stieg — nach der Zahl der in spezialärztlicher Behandlung befindlichen Personen zu urteilen, denn die Frauen gingen doch mehr zu Frauenärzten — von 249 im ersten Vierteljahr auf 493 im letzten Quartal, während sie sich 1920 nur mehr unwesentlich erhöhte. Gerade das entgegengesetzte zeigte sich bei den Frauen, wo die Gesamtziffer der in frauenärztlicher Behandlung befindlichen Kranken von 511 im Jahre 1919 auf 1237 im Jahre 1920 emporschnellte. Man kann dies nur damit erklären, daß eben dann erst die schlimmen Nachkrankheiten — Adnexerkrankungen usw. — in Erscheinung traten.

Eine Differenz besteht nun allerdings zwischen den Zahlen der Beratungsstelle und den hier gewonnenen. Hier verhält sich die Syphilis zum Tripper wie 2:3, während nach den Listen der Beratungsstelle das Verhältnis wie 3:2 ist. Dies läßt sich zwanglos damit erklären, daß das Material der Stelle vorwiegend Luetiker umfaßt, und der Prozentsatz der Leute, die zur Blutuntersuchung gesandt werden, ein hoher ist. Auch werden Erkrankungen an Gonorrhöe der Kasse meist nicht bekannt, wenn sie ohne Arbeitsunfähigkeit verlaufen.

Aus den gefundenen Zahlen geht nun hervor, daß die Geschlechtskrankheiten zugenommen haben. Und dieser Umstand wäre eigentlich dazu angetan, uns davon zu überzeugen, daß wir hier eine Sisyphusarbeit geleistet haben, daß alles beim alten geblieben ist. Ein genauerer Blick auf die erhaltenen Zahlen belehrt uns jedoch eines Besseren.

Im 1. Quartal 1919 standen 328 Luetikern 364 Tripperkranke gegenüber, also im Verhältnis 11:12.

Im 1. Quartal 1920 558 Luetiker gegen 737 Tripper, d. i. 14:19.

Im 4. Quartal 1920 630 Luetiker gegen 820 Tripper, d. i. 16:21.

Also die Syphilis, die in ihren Folgen schwerste Krankheit, hat eine relative Abnahme erfahren, und ist scheinbar gegenwärtig in ihren Wendepunkt eingetreten, wie aus der Statistik zu ersehen ist, die unter den gleichen Gesichtspunkten auch die folgenden Jahre durchgeführt werden soll.

Noch größer aber würde der Erfolg sein, wenn es gelänge, das Mißtrauen zu verscheuchen, das von seiten eines großen Teiles der Kollegen gegen diese Institution besteht. Ich hoffe, daß es Ihnen aus meinen Ausführungen klar geworden ist, was die Beratungsstelle bezweckt und wie sie arbeitet. Daß diese Arbeit noch viel ersprießlicher sein würde, wenn sie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in engem Zusammengehen mit den Ärzten erfolgte, das liegt auf der Hand. Und daß hier ein volles Einvernehmen erreicht wird, ist nicht nur der Wunsch der Beratungsstelle und ihres Leiters, sondern auch der Landesversicherungsanstalt, die peinlichst alles vermeiden will, was geeignet wäre, das Mißtrauen der Ärzte gegen die Einrichtung zu vermehren. Solange es noch keine umfassenden gesetzlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gibt, müssen wir einmal vorderhand danach trachten, möglichst viele Kranke in der Beratungsstelle in Kontrolle zu bekommen. Und dazu brauchen wir die Mithilfe der Ärzteschaft in möglichst weitem Umfange.

Das Ziel, das hier gesteckt ist, ist ein hohes, eine Aufgabe, die nicht nur die Ärzte angeht, sondern auch das Volk in seiner Gesamtheit. Und dieses Ziel ist in gewissem Sinne auch ein nationales. Denn wie können wir wieder hochkommen und wie aufbauende Arbeit leisten mit einem Volke, das verseucht ist bis in die Knochen und bis in die nächste Generation! In dem Kampfe gegen diesen inneren Feind muß man jedes Mittel gebrauchen und jede Einrichtung benutzen, die uns wirksame Waffen liefert.

Martin Pansa, Sachsens ältester „Gewerbearzt".

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Thiele in Dresden.

In seinem jüngst erschienenen Lehrbuche der Arbeits- und Gewerbehygiene erwähnt K. B. Lehmann in einer kurzen geschichtlichen Betrachtung unter den ältesten deutschen Ärzten, die sich gewerbehygienisch betätigt haben, den Stadtarzt von Annaberg in Sachsen, Martin Pansa, der im Jahre 1614 eine Abhandlung über die Berg- und Lungensucht der Berghäuer herausgegeben hat. Da Lehmann seiner Mitteilung die Bemerkung hinzufügt, daß ihm über die Schrift und ihren Verfasser nur ihre Erwähnung in Albrecht von Hallers „Katalog der praktischen Medizin" aus dem Jahre 1777 (Bd. 2, S. 434) bekannt geworden sei, ist es vielleicht nicht nur geschichtlich wertvoll, wenn ich hier das Ergebnis meiner gelegentlichen Nachforschungen nach diesem ältesten Gewerbearzt Sachsens mitteile.

Dank der Liebenswürdigkeit der Leitung der Bücherei der Bergakademie zu Freiberg und des Ratsarchivars Herrn Paul Heilmann zu Annaberg wurde ich in die Lage versetzt, einmal (allerdings in wohl 2. Auflage) die erwähnte Schrift Pansas (Auffs neu verlegt und gedruckt von Zacharias Beckern, 1681, Freyberg) selbst in die Hände zu bekommen und andererseits seinem Wirken in Annaberg und später nachzugehen.

Der Doktor der Philosophie und Medizin Martin Pansa aus Schleusingen (Thüringen) wurde im Jahre 1607 im Alter von 27 Jahren als Stadtphysikus zu „Sankt Annenberg im Lande Meißen" verpflichtet. In einer der damaligen Sitte entsprechenden Widmungsvorrede zu einem seiner Werke stimmt Pansa ein Loblied auf die Stadt Plauen, Hauptstadt im „Voitland", an, weil sie „nicht allein fürnehme theologi, sondern auch berühmte Medici" in ihre Mauern zu ziehen verstanden habe — wir müssen annehmen, daß auch die Silberbergstadt Annaberg, die im 15. Jahrhundert überraschend emporgeblüht war, einen Stolz darein setzte, einen besonders

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tüchtigen Stadtarzt zu haben. Freilich war der Silberbergbau schon arg im Schwinden. Zwar werden 1589 noch 461 Schächte namentlich aufgeführt, eine Anzahl war aber schon stillgelegt. Und nach der Jahrhundertwende wurde es damit noch schlimmer. Am 27. April 1604 legte dazu ein furchtbarer Brand fast die ganze Stadt in Asche. Und so mag es denn in der alten Bergstadt recht öde ausgesehen haben, als Pansa seinen Einzug hielt. Seine Anstellungsurkunde sei vollständig wiedergegeben, da sie auch für die heutigen Besoldungsverhältnisse der Ärzte nicht ohne Wert erscheint:

„Ich, Martinus Pansa, der Artzney Doctor, Bekenne hiemit, dass ich mich von einem Erbarn Rath der Stadt S. Annabergk auf ihr ansuchen vor ihren Stadt Physicum zu gebrauchen habe bestellen vnnd verordnen lassen, Derhalben gerede zusage vnnd verspreche Ich hiermit wohl bedechtig vnnd freiwillig, Daß ich mit meiner Kunst vnnd Geschicklichkeit, die mir Gott der Allmechtig, ihm zu lob, ehren vnd danck, vnd meinen nechsten damit zu dienen, gnedig verliehen vnd gegeben, nach meinem höchsten Vermögen, Verstandt vnd Fleiß, dieser Stadt S. Annabergk, allen Bürgern, Einwohnern, Rathsfreunden, Ambtleuten, geistlichen vnd weltlichen Personen vnd also menniglichen, der meiner bedarff, zu Tage vnd Nacht, behulfflich, rathsam vnnd willfehrig erscheinen, vnd allen menschlichen vnnd möglichen Fleiß, treulichen vnd ernstlichen anwenden wil, domit einem Jeden, Arm vnd Reich, womöglich bey meinem guten Gewissen vnd Pflichten, vermittels göttlicher Gnade vnd Verleihung, in seiner Schwachheit vnd Kranckheit, Besserung, Hülff vnd Rath geschaffen werden möge;

Wie Ich mich dan auch, vffn Fall sich, do Gott gnedig vor seie, anfallende Sterbens vnnd Seuche Leuffte zutragen wurden, von dieser Gemein nicht zu waichen, Sondern bey ihnen treulich außzustehn, vnd sie also in keiner Noth vnd Gefahr zu verlassen hiemit verwillige;

In welche meine Bestallung, Chur vnd fleissig treue Vorsorg Ich mir auch die Armen leute im Hospital, die Liebe der Barmherzigkeit an ihnen, laut Gottes Befehl zu beweißen treulich befohlen vnd ein sondern ernst sein lassen soll vnnd wil;

Sonderlichen aber soll vnnd wil Ich die Raths-Personen, alß meine Herrn vnd Obrigkeitt, do sie mit Leibes Gebrechen vnd Schwachheit befallen, zur Pilligkeit vnbeschwertt offt ersuchen vnd fleissig curiren, welche mir auch vor solche meine Muhe, wieder ihren guten Willen, Ichtwaß zu geben nicht schuldig sein sollen;

Vnnd domit sich Gemeine Stadt vnnd krancke Leut meiner ieder Zeit zu getrösten vnd meinen Rath vnd Hülff zu gebrauchen haben mögen, wil Ich ohne Vorwissen vnd Erlaubnuß des Herrn Regirenden Burgermeisters ausser der Stadt, auff die Landt practicam oder sonsten nicht verreißen vnnd mich hierinnen selbst der Billigkeitt weißen vnd bescheiden;

Gleichermassen auch auf die Apotecken vnnd allerhandt Artzney, waß man darinnen zu haben benöthiget, gar fleißige gute Achtung geben, vnd darein zu schaffen mit ernst anhalten, auch in mangel dessen, dem Herrn Burgermeister vnd eim Erbarn Rath solches vermelden vnd anzeigen, auf daß der gehaltenen Visitation vnd darin aufgerichten Apotecken-Ordnung, vom Apoteckergesellen und Jungen, allenthalben gebührlichen vnd fleissig gelebt vnd nachgegangen, niemandt in seiner Kranckheit mit vntüchtigen Medicamentis, Simplicibus oder Compositis, wie es Nahmen haben mag, verwarlost, noch mit vnziemblichen Apotecken-Tax vbernommen vnd vorfortheilt werde, vnd mich also durchauß vnd ingemein, waß einem getreuen vnd fleissigen Stadtphysico gebürth vnd wohlanstehet, gegen meinen patienten vnd ordentlichen Obrigkeit ieder Zeit dinsthafft, ratsam, furderlich vnd willfahrig erzeigen vnd beweißen:

Hiergegen haben mir meine Herren, Ein Erbar Rath, so lange sie mich vor ihren Stadtphysicum gebrauchen, welches dan jährlich in ihrem vnd meinem Gefallen stehen soll, neben freyer Herbrigk zur jährlichen Besoldung Sechzigk Gülden, alß jedes Quartal funfzehen Gülden, sowohl auch jährlich Sechs Schragen Holtz, halb weiches vnnd halb harttes, zu geben, folgen vnd führen zu laßen, bewilliget vnd zugesagt; Welches alles Ich zu fester Haltung dem Herrn Regirenden Burgermeister wircklichen angelobt habe;

Geschehen vor sitzenden Rath, den 2. Martii Anno 1607

Martinus Pansa D.

mp."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es unterliegt keinem Zweifel, daß Pansa ein nachdenklicher, scharf beobachtender Arzt gewesen ist, der bei aller im Wissen seiner Zeit liegenden Beschränkung seiner Kenntnisse vor allem die wichtigste Aufgabe des Arztes: Sich selbst überflüssig machen! voll erkannt hatte. Aufklärung und Belehrung seiner Patienten, Vorbeugung im besten Sinne des Wortes trieb er, als ob er unsere Tage eines National-Hygiene-Museums, eines Bundes zur gesundheitlichen Volksbelehrung vorausgeahnt hätte. Und schon deshalb verdient sein Name in der Geschichte der Medizin aufbewahrt zu werden.

Nicht weniger als 16 Schriften von Pansa führt Haller in seinem Bücherverzeichnis auf, von denen einzelne, u. a. auch das uns hier besonders wichtige, in mehreren Auflagen erschienen sind. Auch Pansa mußte die bekannte Erfahrung machen, daß ihm Neider entstanden, Leute, die es „verdrossen, daß er vielen Leuten zum besten etliche scripta publicieret, dahero er ziemliche Beförderung erlangt" (1617 in einer Defensionsschrift von der Gicht). Seine Bücher sind denn auch „in vielen Buchläden der fürnehmsten Akademien und berühmten Handelsstädte bekannt und anzutreffen". Pansa meint mit Recht: „Ein versiegelter Brunnen ist zu nichts nütze!" Darum schreibt er nicht nur lateinisch, sondern auch deutsch. Auch dies wurde ihm von seinen Kollegen verdacht. Pansa weiß wohl, daß solche „Doktorbücher" auch viel Schaden anrichten können, „daraus sich ihrer viele der Kur unterstehen und an ihrem Leibe, jedoch oft mit großem Nachteil ihrer Gesundheit künsteln wollen". Ganz frei von Schuld können ja auch wir Pansa nicht sprechen, wenn wir die Anpreisungen seiner aquae Annabergenses contra podagram lesen. (Im „consilium antipodagrium", dessen 1. Band 1613, 235 Seiten stark; dessen 2. Band 1615, 368 Seiten und dessen 3. Band 1623, 639 Seiten, erschien.) Immerhin steht Pansa seinen Mann. Der wahre Arzt seiner Zeit müsse seine Kunst der großen Welt mitteilen, da (Schrift vom Purgieren, 1615) „wir nicht mehr so stark sind wie unsere Vorfahren, welche als Riesen gegen uns zu achten sind". Als sein wissenschaftliches Hauptwerk, das er auf Grund seiner Erfahrungen in Annaberg zu schreiben begann, ist wohl seine Makrobiotik, der „Aureus libellus de proroganda vita" zu werten, dessen 1. und 2. Band noch im Jahre 1615 erschien und das der Verfasser („Poliater Annaemontanus ordinario depositus") dem Rate der Stadt Leipzig widmete („nullam civitatem in tota Missnia plus tribuere tot medico quam civitatem lipsiensem"). In den Jahren 1616 und 1620 erschienen die beiden letzten Bände, 293 bzw. 306 Seiten stark.

Allerdings müssen wir Pansa alle Schwächen seiner Zeit und der medizinischen Wissenschaft seiner Tage zugute halten. Er schwärmt von geheimnisvollen Mitteln, die nur er allein kennt, die aber selbstverständlich immer von besserer Wirkung sind als die anderer Ärzte, die zu allen Gebrechen „ein Pulver oder einen Trank aus einem Topf herfürbringen, und ist manchmal so ein ungereimt Zeug, daß mancher sein Leben dabei verschüttet". Aber wie hoch steht er, wenn er nicht müde wird, von der Natur als der ärztlichen Lehrmeisterin zu sprechen, „die es allezeit gut mit uns meinet". „Ihr müssen wir zu Hilfe kommen, und wo man mit wenig etwas ausrichten kann, da darf man nicht viel nehmen. Der Seele anmutigste Speise ist die Natur." Als wahrer Arzt weist er sich vor

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allen Dingen aus, wo er von der Vorbeugung von Krankheiten ganz im modernen Sinne spricht: „Gleich wie ein fleißiger Medikus seiner anbefohlenen Patienten sich mit aller Treue annimmt, denselbigen, so es Gottes Wille, nicht allein wiederum aufhilft, sondern auch ein Konsilium stellt, wie sie sich gebührlicherweise in der Diät verhalten sollen, damit sie nicht wiederum in die vorige oder andere dergleichen Krankheit geraten mögen." Und so schreibt er dann eine Reihe von „Consilien". Das ist getreuer Rat z. B. wider die Pest, wider Nierenkrankheiten, die Gicht und das Zipperlein, dessen Behandlung er übrigens später in Schlesien als sein Sonderfach betrachtet zu haben scheint. Hierzu gehören auch z. B. eine Beschreibung des jetzt noch bestehenden Wiesenbades im Erzgebirge („Jobsbad") und Beschreibungen der schlesischen Bäder.

Pansa war ein durchaus praktisch angelegter Mensch. Das geht aus allen seinen Werken, soweit sie zur Verfügung standen, deutlich hervor. Es geht auch hervor aus einer gelegentlichen Bemerkung in seinem „köstlichen und heilsamen Extrakt der ganzen Arzneikunst" (Breslau 1625), wo er einmal feststellt, daß im Gebirge die Leute im allgemeinen selten krank sind, „darum einem Mediko, wenn er nicht selber ein Patient ist, daß er in solchen Orten wohnen muß, solche Gebirge nicht zuträglich, experto crede Ruperto, verdienet mit seiner Kunst kaum soviel, daß er das Maul befriedigen und ein Gerichtlein welke Rüben, gebacken Birn, gedörrte Pilz und Wassermüßlein erzeugen kann, welches kein gut Geblüt machet". Unser Annaberger Doktor verließ denn schon im Jahre 1615 das Erzgebirge, um nach Schlesien überzusiedeln, wo er im „Trebnitzschen Weichbilde", dann in Breslau seinen Wohnsitz nahm. Über seinen späteren Lebenslauf ist mir leider nichts weiter bekannt geworden. Sein Bildnis im Alter von 39 Jahren schmückt seine dem Grafen Schaffgotsch Hans Ulrich im Jahre 1619 gewidmete Schrift „von viererlei weitberühmten Antidotis" (Stroppen).

Ein echter, praktischer Arzt, erkannte er bald die der Gesundheit unzuträglichen Gewohnheiten der Menschen, die zwar die Redensarten von der großen Bedeutung der Gesundheit immer im Munde führen, „in praxi gar schläffrig und hinlässig" sind. Die Leute, die ihren Handel meistenteils mit Stillsitzen treiben, sind weniger gesund, als welche sich ziemlich bewegen: „Ein stillsitzender Mensch", der selten ausgeht, kann nicht recht gesund sein, weil er keine rechte Bewegung hat noch der reinen Luft sich gebrauchet. „Motus temperatus naturam iuvat." So empfiehlt er namentlich den Städtern und Schriftstellern, die meistens schwach im Magen sind, Bewegung „armis, pilo, lusu, cursu, inambulatione". Ohne körperliche Ausarbeitung kann der Mensch nicht gesund sein. „Non potest homo sanitate frui, si labor absit." „Aber die Kopfarbeit ist die allergrößte Arbeit, obs gleich ein grober Bauer oder ein anderer unverständiger Mann nicht glauben will, weil die Natur der Menschen geschwächt wird, wo die Witz der Vernunft steiget." Und da meint denn Pansa, daß Leute im Alter von 50 bis 60 Jahren ihren Ämtern noch vorstehen können. „Mit 60 bis 70 können sie ihr Amt nicht wohl versorgen und so sie solches vermerken, daß ihnen ihre Kräfte je länger, je schwächer werden, ist zu raten, daß sie ihr tragendes Amt, so sie vielleicht haben, beizeiten resignieren, sich zur Ruhe begeben und der Gesundheit besser pflegen" (Breslau 1625).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dem Gewerbehygieniker ist nun das eingangs erwähnte Buch besonders wertvoll, dessen Titel folgendermaßen lautet: „Consilium peripneumoniacum oder Ein getreuer Rath in der beschwerlichen Berg- und Lungensucht, darinnen verfasset, was die fürnehmsten Ursachen seyn beiderley Beschwerungen, beydes der gifftigen, die vom Bergwerk entstehet: so wohl der gemeinen, die von Flüssen herrührt: zuvor aber wie der Mensch mit der kleinen Welt, und mit dem Bergwerk artlich zu vergleichen und wie beyderley Suchten zu vertreiben seyn" (Annaberg 1614, 2. (?) Aufl., Freiberg in Sachsen 1681, 4).

Der Zweck des Buches ist ausgesprochen: „die Bewahrung der Bergleute vor frühzeitiger Arbeitsunfähigkeit und frühzeitigem Tode."

Mit welcher Beobachtungsgabe Pansa überhaupt Berufsschädigungen feststellt, mögen folgende Sätze aus seinem Büchlein beweisen:

„Denn womit einer umgehet und dessen Dinges Nutz einer an sich bringen will, schleicht etwan ein Schaden mit an, so muß man desselben auch gewärtig sein. Da hat fast jeder Handwerksmann seine »Beschwerung«, ein Schmied verliert sein Gehör, ein Holzmesser oder Kohlenmesser wird »dumpficht und lungensüchtig«, desgleichen auch ein Leinweber muß viel Staub in sich ziehen, die im Wasser arbeiten, die erfrieren das Gehirn, die Schenkel und das weiße Geäder, also auch ein Bergmann kann nicht vorüber, er muß böse Dünste und schädlichen Brodem manchmal in sich ziehen." Und an einer anderen Stelle: „Denn womit einer umgeht, davon hat er auch seine Molestias und Beschwerung. Ein Leinweber und die viel mit Getreidemessen, sowohl andere, die in Staub arbeiten müssen, die werden lungensüchtig. Also ein Schmied bekommet dicke Beine, ein Bote krumme Schenkel usw. Darumb aber, daß die Arbeiter ihres Berufes mit Fleiß und Ausdauer abwarten können" — so hält Pansa es zunächst für das dringlichste —, „daß sie bei gesundem Leibe erhalten und vor dem zeitigen Untergang salviert werden."

„Denn wie kann das Bergwerk mit Nutz gebraucht werden, so man schwache unvermögliche Arbeiter hat. Wie können sie der Bergwerke genugsame Wissenschaft einnehmen, wenn sie in der Jugend hinsterben. Wie wenn mancher junger und starker Bergmann in der besten Blüte seines Alters, da man ihn hätte allererst recht gebrauchen können, Schicht machet und hülflos gelassen, an der Bergsucht sterben muß."

Um seinen vornehmlichsten Lesern, den Bergleuten, das, was er auf dem Herzen hatte, recht eindringlich und deutlich zu machen, beginnt er sein Büchlein mit einem prächtig durchgeführten Vergleich des menschlichen Körpers, seiner Einrichtungen und Tätigkeiten mit dem Bau und den Verrichtungen eines Bergwerks. So vergleicht er die Zähne mit dem Pochwerk, den Magen mit dem Schmelzofen, den Mund mit dem Rauchfang und Luftlöchern, das Herz mit dem Probierofen, weil es das Blut rein und fein machet, die Lunge mit dem Windfang oder Blasebalg. Er nennt die Lunge des Herzens Famulus und Diener, die die Luft ein- und ausführet, um das Herz zu kühlen, und humorvoll sagt er: „Gleich wie man auch bisweilen die Blasebälge schmieren muß, daß sie besser blasen und sich desto besser auf und zu tun können, also muß man zuweilen die Lunge mit einem guten Trunk befeuchten, damit sie nicht zu treuge werde; da ja auch die Cantores, wenn sie viel singen, viel schlingens bedürfen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Doch sollen sich die Bergleute nicht zu sehr anfeuchten oder begießen, sonst muß die Lung im Wasser liegen und desto schmieriger werden und faul."

In einem besonderen Kapitel zählt Pansa die Krankheiten auf, von denen die Berghäuer in der Hauptsache betroffen werden. Als besondere Schädlichkeiten bezeichnet er je nach den verschiedenen Gruben, die in Frage kommen, einmal die große Feuchtigkeit, die zu Rheumatismus Veranlassung gibt — („In welchen Schächten viel Wassers ist, und das Wasser kälter denn sonsten, dasselbige pfleget die Schenkel zu verderben. Denn die Kälte ist den Spannadern von Natur zu wider.") —, er rät zu großen Wasserstiefeln; dann die zu trockenen Gruben, die den Arbeitern noch größeren Schaden zufügen. „Denn der Staub, der mit Hauen bewegt und getrieben wird, so er in die Luftröhr der Lung oder unrechte Kehle fällt, so macht er ein Odem. Wenn aber derselbe Staub eine Kraft zu nagen hat und von scharfen Mineralien entstanden ist, so ätzet er auff die zarte Lung und machet sie schleurig, drauf dann ein schleimsüchtig Fieber oder die Darre erfolgen muß." Besonders gefährlich erscheinen ihm die Zinngruben auf dem Altenberg bei Geising im Erzgebirge, „in denen ein zäher schwarzer Rauch entsteht, der Wunden und Geschwüre bis auf die Knochen frißt."

Endlich macht er auf die Bedeutung einer Art des Kobalts (Kobels) in einigen Gruben aufmerksam, der „den Häuern Füß und Hände, die von dem Wasser naß sein, auffrißt, die Lung auch samt den Augen verderbet. Derhalben sollen sich die Häuer nicht allein Wasserstiefeln hierzu machen lassen, sondern auch Handschuh, die bis an die Ellenbogen gehen. Desgleichen sollen sie auch weite Blasen um das Angesicht anlegen; denn durch das Mittel mag das Gestüb weder in die unrechte Kehl und Lunge gezogen werden noch in die Augen stüben. Also versahen sich auch zu Rom die Miniensieder, daß sie das tötliche Gestüb nicht an sich durch den Odem ziehen." Freilich sind, wie Pansa schon sehr richtig beobachtet hat, die Körperanlagen verschiedene und infolgedessen auch die Mehr- oder Minderanfälligkeit für bestimmte Krankheiten verschieden. Die Wirkung des „Realgar" (Arsen!) schildert er sehr anschaulich: „Es machet eine ausgedörrte Lung, aus welcher Dürre der Athem ausgetrocknet wird mit einem Keuchen auch mit einer Entfernung, machet auch Spält und Schründen in der Leber: Mit demselbigen ereignet sich ein unnatürlicher Durst, naget und zermahlet die Fell im Magen wie eine Rind an einem Baum abgeschält wird. Dazu kommt ein Drucken im Herzgrüblein, eine schwere Däuung, zu fallige Hitze, klopfen und zittern am Herzgrüblein, darnach ein Ausschlagen in alle Glieder." Die Silberbrenner bekommen den „Silberrauch", die Mennigearbeiter den „Bleirauch". Leider macht er keine näheren Angaben. Er weist aber auf die Chimici hin, die, wenn sie die hohen arcana präparieren und unvorsichtig damit umgehen, manchmal einen solchen Gift in sich ziehen, der sich in alle Glieder legt und sie lähmt und eine unheilbare Schwindsucht macht.

Sehr drastisch beschreibt er die Folgen der Quecksilbervergiftung bei den Goldschmieden: „Sie sollen das Gesicht abwenden, denn sie sonsten faule, löcherigte und wackelnde Zähne auch wohl haben und gar die Lähme, als mir etliche Exempel bekannt sind, bekommen, und der Tod erfolgen muß."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Von besonderer Bedeutung ist aber das böse Wetter, welches man daran erkennt, daß es ein »brennend Lichtlein« auslöscht. In dieser Luft kann auch der Mensch nicht atmen. Es entsteht einmal unmittelbar aus dem Boden heraus, dazu treten die Brodem und Dünste, so die Menschen und Lichtlein von sich geben. Weiter zieht dort, wo das Gestein mit Feuer zunächst bearbeitet wird, dieses Feuer die übeln Dünste heraus, denn was giftig im Quecksilber, Kies, Kobalt und anderem Metall ist, das zeugt das Feuer heraus."

„Das ist der böse Schwaden": „denn dieses kalte Gift löschet die natürliche Wärme im Menschen aus und ersticket das Herz, wie der Hütt- und Bleirauch den Schmeltzern und Arbeitern die natürliche Feuchtigkeit austrocknet und viel in Hütten und Rösten zumal bei Wißmutherden verlähmet und umbringet." Die Arbeiter, die solchem Unheil entrinnen, sehen ganz bleich und „todenfarbig" aus.

Dieser böse Schwaden macht nun die wichtigste Berufskrankheit der Bergleute, die Bergsucht. Unter dieser versteht Pansa eine besondere Abart der Lungensucht, die auch bei Nichtbergleuten „fürnehmlich im Herbst und Winter" aus dem Nebel entsteht. Die Lungensucht aber, die in der Erde entstanden ist, ist eben wegen der giftigen Beimischung der Metalldämpfe besonders gefährlich. „So nun das böse Wetter oder Schwaden oder Dunst in die Lung gezogen ist, so wird alles entzündet und gefaßt, henget sich also an die Lung nicht anders als wie ein Hartz auswendig an eim Baum und nach mancherley Art und Weg der Minera werden mancherley Hartz an der Lung geboren." Auch das Gehirn und der Magen kann ergriffen werden. Die wichtigsten Krankheitszeichen sind die Kurzatmigkeit, Husten und der zähe Schleim. Mit der Zeit entstehen Geschwüre, die wegen der steten Bewegung der Lunge „schwerlich" geheilt werden können und allmählich den ganzen Körper ergreifen, namentlich, wenn sich der geschwürige Schleim im Magen „anleget".

Trotzdem ist die Krankheit zu heilen, aber in der Bergkrankheit heißt es: Principiis obsta! „Mancher ist selbsten eine Ursach seines Verderbens und unzeitigen Todes und suchet seine Hilfe im Bierkrug, vermeinend, es sei solch Geld viel angeleget, welches in das Branntweinhaus und Bierkeller als das in die Apotheken getragen wird: Aber das Gift lässet sich nicht also schlechts vertreiben: Ob schon mancher mit gar geringen Kosten seinem Unfall könnte vorkommen, so scheubet er doch die Hilfe von Tag zu Tag auf, hüstet, külstert und räuspert, so lang er kann, bis endlich keine Hilfe mehr zu finden."

Pansa gibt nun eine Reihe Mittel an, mit denen er manchem lungensüchtigen Bergmann geholfen hat. Es sind im wesentlichen Brech- und Abführmittel, eine erweichende Artzney, schweißtreibende Mittel, dann ein Mittel „das zum Auswerfen dient", endlich ein Gegengift und Aderlassen. Es ist nötig, daß diese Mittel auch zum Vorbeugen neuer Erkrankungen gebraucht werden. Die Anwendung und Herstellung der verschiedenen Mittel werden umständlich beschrieben, damit der einfachste Bergmann ihre Verwendung verstehe. Wie herzhaft seine Kuren sind, zeigen folgende Sätze vom Erbrechen: „Hierauf folget ferner das Räuspern, das Kotzen und Auswerfen, und fallen die schwere Batzen und Knoten aus dem Mund auf die Erden, daß es klatzschet und platzt gleich wie im Winter die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eiserne Nägel in den Gebäuden von der harten Kälte bewegt platzen: und werden also solche harte steinichte Knoten fortgedrackt, und zu Tage gefördert."

Freilich die eingewurzelte Bergsucht, namentlich, wenn der Kranke „lagerhafftig" geworden ist, ist eine üble Sache. Hier stürzen sich nun die Kurpfuscher auf ihre Opfer: „Wenn es nur mit purgieren und sch... (bona venia) ausgerichtet wäre, so könnte ein jeder bald ein Doktor werden." Man sollte das für solche Quacksalber, „Schinder und falsche Gleißner" herausgeworfene Geld den Medicis zur Bestallung zu legen, damit die kranken Bergleute desto besser versorgt würden! Hier erwähnt Pansa einen seiner Vorgänger, Dr. Matthaeus Klingeisen, p. m. weiland Stadtphysikus auf St. Annenberg, der mit besonderer Geschicklichkeit vielen vornehmen Herren gedienet und manchem ehrlichen Bergmann sein Leben gefristet hat, mit besonderer Anerkennung. Seine „manuscripta" standen ihm anscheinend zur Verfügung.

Im Anschluß an die Bergsucht bespricht Pansa noch einige andere „Zufälle" der Berghäuer. Dazu rechnet er u. a. das „Bergmännlein", das in mancherlei Gestalt dem Bergmann zu Leibe geht, „ihn erschreckt und zu allerlei Torheit und Sünde verführt". Es ist der Teufel, der den Menschen die Schätze der Tiefe nicht gönnt.

Endlich beschließt Pansa seine Ausführungen über die Bergsucht mit einigen Anmerkungen „über die gemeine Lungensucht". Er schildert den quälenden Husten und warnt vor dem Zurückhalten und Verschlucken des Auswurfs, „davon nachmals der Magen verderbet, und die Lung überfallen wird, hieraus dann ferner die Schwindsucht, Lungen- und Magengeschwür und Schwülsten herwachsen: denn ein langwieriger Husten, von der Lung entstehend, bringet Fäulung, zerreißet die Adern, erreget Hitz, stetiges Wachen usw."

Auch über die Behandlung fügt er einiges an, so rühmt er das Inhalieren: „subtile köstliche Lung- und Luftwasser, davon allein der Geruch und die Kraft derselben mit einem halitu zur Lung eilet, dieselbige bekräftiget und heilet."

Nach Zeitgebrauch hat der gelehrte Stadtarzt eine Reihe von „disputierlichen Fragen" vom Bergwerk und seinem Betrieb, u. a. auch vom gesundheitlichen Standpunkt an den Schluß seines Buches, gleichsam als Anhang gesetzt. Es würde zu weit führen, hier auf das ganze einzugehen.

Immerhin seien einige für die Beurteilung Pansas als Arzt wesentliche Mitteilungen daraus gemacht. Bergbau ist trotz aller Beschwerungen so nötig wie der Ackerbau: „es ist nicht ohne, daß es gefährlich ist, dem Bergbau obzuliegen, weil man viel böse Wetter, Stank und Schwaden in sich ziehen, darüber seinen Atem verlieren, lungensüchtig werden, ausdorren und manchmal vor der Zeit sterben muß: zu dem auch etliche im Bergwerk zu todt geschlagen werden, von der Farth in die Schächt und Sümpfe fallen, Arm, Bein und Hals brechen, oder werden von dem Bergmännlein zu Tode gedruckt." Allem kann aber abgeholfen werden: der Arzt hat Mittel, Krankheiten vorzubauen und gegen die Unfälle hilft die Vorsicht, — den Metallschmeltzern, also den Hüttenleuten, rät Pansa, daß sie nach der Arbeit baden und vor und nach dem Schmeltzen neuwaschene Hemden anziehen: „Damit die ausschwitzende böse Brodemen, die sich in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

währender Arbeit an die Haut und an das Hemd legen, wiederumb ab und ausgewaschen und nicht wieder zurück in den Leib hineinschlagen mögen." Die Berghäuer scheinen zu glauben: „Viel Trinken bringe viel Erz!" „Freilich," sagt Pansa, „aber für den Gastwirt." Er ist nicht für Enthaltsamkeit, wohl aber predigt er immer und immer Mäßigkeit und ist betrübt über so manche seiner Kollegen.

Und die „Nassenbrüder, so ihr Freude in der Bier- und Weinkanne stetigt suchen", fallen in Geschwür und Fäulung der Lungen. Endlich beantwortet Pansa die Frage, „ob Steinlein in der Lung wachsen können?" „Wenn nämlich in den engen Röhrlein und Luftröhrlein der Schleim sich sehr anleget, so wird er von der angezogenen Luft und von der umbstehenden Wärme, je länger, je trockener und härter, bis endlich eine steinichte Substanz daraus erfolget, welches meines erachtens hernach nicht kann resolviert werden. Deshalben wohl zu glauben, daß mancher engbrüstiger mit solchen Lungsteinlein behafftet sei, welche die Lung hindern, daß sie sich nicht genugsam kann ausspannen und Luft schöpfen."

Eine Fülle alter Weisheit und alter Erfahrung — natürlich cum grano salis zu genießen! — tritt dem Forscher aus den zumeist ja verschollenen Büchern unserer Vorfahren entgegen. Es wäre zu wünschen, daß noch mehr wie heute die Geschichte der Medizin den angehenden Ärzten als Lehrmeisterin vorgeführt würde. In diesem Sinne sei auch Martin Pansa ein bescheidener Platz in der Reihe jener Ärzte gewährt, die über ihre eigentliche Aufgabe hinaus den Führer- und Erzieherberuf des Arztes als wichtigstes Heilmittel für die Nöte der Menschen erkannt und danach gehandelt haben.

Besprechungen.

Henriette Fürth. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als bevölkerungspolitisches, soziales, ethisches und gesetzgeberisches Problem. 123 S. Frankfurt a. M., Hermann Minjon, 1920. 12 M.

Zunächst ein Wort über die Einteilung des Stoffes! Die Disposition soll bekanntlich einen Überblick über die logische Gliederung des Materials geben. Im vorliegenden Werk heißt der erste Abschnitt „Die Geschlechtskrankheiten". Fast seine sämtlichen Unterabteilungen handeln aber von der Prostitution. Es kann nun wirklich nicht behauptet werden, daß Prostitution ein Unterbegriff des Sammelbegriffs „Geschlechtskrankheiten" ist.

Nun zur Sache selbst! Wir finden zunächst einige ganz allgemeine klinische Angaben über den Verlauf von Syphilis, Gonorrhöe und Ulcus molle und ihre Folgeerscheinungen. Meist sind es Zitate aus medizinischen Schriften. Es folgen einige statistische Angaben über die Zahl der Geschlechtskranken in Frankfurt a. M. und des infolge der Erkrankung eingetretenen Arbeitsausfalles. — Bei der Besprechung der Prostitution fügt Verfasserin einen kurzen historischen Überblick über die Entstehung dieses Gewerbes ein, um dann auf die jetzigen Gründe ihrer Ausbreitung einzugehen. Als solche werden angeborene Anlage, ein Fehltritt oder äußere Not genannt. Das zuletzt angeführte Motiv wird durch statistische Angaben über die ganz ungenügenden Frauenlöhne erhärtet. Die Kriegs- und Nachkriegszeit hat an der viel schlechteren Bezahlung der Frau, verglichen mit der des Mannes, nichts geändert. Zu den wirtschaftlichen Ursachen kommen seelische, die sich aus der sozialen Stellung ergeben. So spielen z. B. bei Dienstmädchen der Freiheitsdrang, bei Gesellschafterinnen der Kontrast ihrer Lage mit der ihrer Dienstherren und bei Künstlern die ungehemmten Sitten mit. Nicht zu vergessen ist die Unmöglichkeit der Frühehe bei allen akademischen Berufen, weil dadurch der geheimen oder öffentlichen Prostitution Vorschub geleistet wird. — Schließlich kommt Verfasserin auf den Frauenüberschuß infolge des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krieges zu sprechen. Für diesen soll eine besondere Form der Ehe, die sogenannte „Zwischenehe", geschaffen werden.

Einen besonders hohen Prozentsatz unter den Prostituierten stellen die unehelichen Kinder, die infolge mangelhafter Erziehung am leichtesten eine Beute der Verführung werden. Pflege und Erziehung durch Staatsmittel und volle gesetzliche Gleichstellung mit den ehelichen ist daher erforderlich. — Einen weiteren Grund zur sittlichen Verwahrlosung, und damit zur Prostitution, bieten die überfüllten Arbeiterwohnungen vieler Großstädte. Ja, die Prostitution selber verleitet zur Prostitution, dadurch, daß sie dem hungernden Proletariermädchen Glück und Glanz vorspiegelt. Verhängnisvoll wirkt auch der Alkohol durch Beseitigung der Hemmungen beim Manne, wodurch er geneigter wird, sich der Prostitution zu bedienen.

Der zweite Abschnitt handelt von der Bekämpfung der Prostitution durch Erziehung und Unterricht. Von der Erziehung ist vor allem die Ausbildung des Willens zu verlangen. Es sei die Herrschaft über das anzustreben, was Schopenhauer „intelligiblen Charakter" nennt. Es war uns bisher unbekannt, daß Schopenhauer derartige Möglichkeiten, der Mensch als Angehöriger der Erscheinungswelt könne über seinen intelligiblen Charakter verfügen, zum Ausdruck gebracht haben soll. Wort und Begriff stammen von Kant. Kant versteht unter intelligiblen Charakter die transzendentale, metaphysische Grundlage des empirischen Charakters, d. h. das Ding an sich des Charakters. Schopenhauer schließt sich Kant an. Ersterer betont aber immer wieder, daß der empirische Charakter des Menschen, mit dem wir es in der Wirklichkeit allein zu tun haben, angeboren und unveränderlich ist, und daß die Handlungen auf die Motive mit Notwendigkeit folgen. Die „Freiheit ist eine transzendentale, d. h. nicht in der Erscheinung bevorstehende" (Schopenhauer, Freiheit des Willens). Obige Interpretation durch Henriette Fürth ist also neu.

Verfasserin tadelt dann die Überschätzung der technischen Kultur vor dem Kriege, die nicht mehr Mittel zum Zweck, sondern Selbstzweck war. Dadurch müßten alle ethischen Werte zugrunde gehen. Alsdann nennt Verfasserin den intelligiblen Charakter „die dunklen Kräfte des Trieblebens".

Ich weise nochmals auf die gänzliche Verkennung dieses Kantschen Begriffes hin. Später plädiert Verfasserin für die Streichung des „geistigen Ehrgefühl" durch die Erziehung. Wir müssen also annehmen, daß es auch ein „nichtgeistiges Ehrgefühl" gibt. Vielleicht gibt uns Henriette Fürth in einer späteren Abhandlung darüber Auskunft. — Vorübungen für die Willensstärkung seien Ertragen von Hunger, Durst, Müdigkeit. — Bei der Erziehung des Kindes durch das Haus fordert die Verfasserin einfache Lebensweise in jeder Hinsicht und gegenseitiges Vertrauen. Die Schule soll durch möglichst naturkundlich gehaltene Aufklärung wirken, ferner durch Sport, Spiel und Förderung der Liebe zur Kunst. Koedukation ist anzustreben. Unternormale Kinder sind in besonderen Klassen zu unterrichten. Fürsorgeerziehung ist wegen Schematisierung und zu großer Strenge nicht empfehlenswert. Es folgen einige Richtlinien über die Fürsorge der Schulentlassenen.

Im Kapitel über die wirtschaftliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten preist Verfasserin die Vorteile des Staatskapitalismus, soll heißen „Kommunismus", an. Volksbildungsbestrebungen sollen durch Staatsmittel gefördert werden. Dazu geselle sich Filmzensur, Überwachung der Tanzdielen, Varietés usw. Alkoholverbot oder Kontigentierung und hohe Besteuerung des Alkohols sind erforderlich.

In der Wohnungsfrage wendet sich Verfasserin gegen die Festsetzung der Mietshöchstpreise. Die Hausbesitzer können das Haus nicht imstande halten. Die Reichen müssen nach dem Einkommen und der Kinderzahl bemessen werden. Als Reform der Hauswirtschaft bei Erwerbstätigkeit der Frau wird das Einküchenhaus empfohlen, ebenso wie der Ausbau des Volks- und Kriegsküchenwesens. Dazu kommen Schwangerschafts- und Wöchnerinnenfürsorge. — Einen weiteren Grund für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bildet die besonders jungen Akademikern aufgezwungene Ehelosigkeit infolge schlechter Bezahlung. — Für die Kriegsbeschädigten verlangt Verfasserin ausreichende Unterstützung, Hilfe bei Berufswechsel und Heimstättengründung. Am besten sei für sie landwirtschaftliche Arbeit. — Die sogenannte Frühehe soll junge Mädchen vor sexuellen Gefahren schützen. Diese Ehe soll aber auch leicht durch einfache Erklärung beider „Kontrahenten" wieder lösbar sein. Zur Unterstützung der Ehe seien besondere Fürsorgemaßnahmen für die Kinder zu treffen.

Der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch gesetzliche Maßnahmen soll ein eigens dafür zu errichtendes „Gesundheitsamt" dienen. Die bisher geübte Reglementierung der Prostituierten ist untauglich. Bessere Maßnahmen seien Attest- und Untersuchungszwang bei Krankheitsverdacht; ferner Behandlungszwang und Dauerüberwachung, wie sie auch teilweise schon gesetzlich vorgeschrieben ist. Zu billigen ist die Bestrafung der schuldhaften Übertragung von Geschlechtskrankheiten. Es folgt eine Besprechung der Wirksamkeit der Fürsorgestellen in einigen Großstädten, preußischen Provinzen, Niederbayern und Thüringen. — Als gänzlich verfehlt und verderblich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bezeichnet Verfasserin den sogenannten Kuppeleiparagraphen. Er mache die Prostituierte zum „gehetzten Wild". Besser ist schon die Kasernierung der Prostituierten. Doch bedeutet sie eine äußerste Herabsetzung der Insassinnen und bietet keinen Schutz vor Ansteckung.

Ein Fortschritt ist das sogenannte „Bremer System". — In der Frage der ärztlichen Anzeigepflicht vertritt Verfasserin den Standpunkt, daß säumige Patienten zur Fortsetzung der Behandlung gezwungen werden nach erfolgter Anzeige durch den Arzt bei der Polizei. — Weiter bekämpft Verfasserin das gesetzliche Verbot des Handels mit Schutzmitteln. — Zur Eheschließung soll die Beibringung eines Gesundheitszeugnisses gesetzlich gefordert werden. Reichert (Jena).

H. Berger. Die Säuglingssterblichkeit im Regierungsbezirk Gumbinnen 1913 bis 1918. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 11, Heft 8. Berlin, Rich. Schoetz, 1920.

Die Säuglingssterblichkeit war in Ostpreußen höher als für das ganze Deutsche Reich, sie war von den drei Bezirken Königsberg, Allenstein und Gumbinnen am höchsten in letzterem; sie war, wenn die einzelnen Kreise verglichen werden, besonders hoch in denen mit überwiegender Landwirtschaft. Die Kreise mit stärkerer litauischer Bevölkerung weisen eine besonders hohe Säuglingssterblichkeit auf, wofür die Erklärungen in den besonderen Kulturverhältnissen der Litauer gefunden werden. Daß das Jahr 1919 eine erhebliche Besserung, parallel einem Sinken der Geburtenziffer, brachte, wird anhangsweise mitgeteilt. Solbrig.

Rehberg. Zur Neuregelung des städtischen Gesundheitswesens. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 11, Heft 10. Berlin, Richard Schoetz, 1920.

Der Inhalt dieser Arbeit ist eine Denkschrift, die Verf. als Kreisarzt der Stadt Tilsit vorgelegt hat. Die Darlegungen haben weitgehende Bedeutung, da die hier gemachten Vorschläge auf jede Mittelstadt Anwendung finden können.

Hinsichtlich der Neuregelung des öffentlichen Gesundheitswesens werden als die wichtigsten Aufgaben die Tuberkulosefürsorge, die Säuglingsfürsorge und das Schularztwesen bezeichnet. Die Tuberkulosefürsorge soll den Mittelpunkt der gesamten öffentlichen Gesundheitsfürsorge bilden. Die Fürsorgestellen sind mit allen diagnostischen Hilfsmitteln auszustatten, ein Arzt ist hauptamtlich mit der Leitung zu beauftragen, die Fürsorgeärzte müssen neben Beratung auch in gewissem Umfang Behandlung unentgeltlich für alle Minderbemittelten übernehmen, neben Walderholungsstätten sind eigene Tuberkulosekrankenhäuser (nicht Sterbehäuser für Unheilbare!) zu errichten. Die Säuglingsfürsorge hat als ihre Aufgabe zu betrachten: Mutterberatungsstellen, Milchküchen, Aufsicht über das Haltekinderwesen, Säuglingskrippen usw., Entbindungsstationen. Die Sorge für die Kleinkinder ist nicht zu unterlassen. Beim Schularztwesen hat ein Arzt (Stadtarzt) die einheitliche Leitung zu übernehmen. Die schulärztliche Fürsorge kann die Schulschwester nicht entbehren.

Die Organisation denkt sich Verf. derart, daß ein Gesundheitsamt unter dem Stadtarzt die Zentralstelle bildet und der Stadtkreis in Fürsorgebezirke eingeteilt wird (auf je 10 000 Einwohner eine Fürsorgerin), wobei alle Zweige der Fürsorge gemeinsam von der Fürsorgerin übernommen werden. Solbrig.

Brieger. Die Organisation des Kreiswohlfahrtsamts mit besonderer Berücksichtigung des Kreisgesundheitsamts. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 11, Heft 10. Berlin, Rich. Schoetz, 1920.

Verf. fordert für jeden ländlichen Kreis ein Wohlfahrtsamt, dessen Vorsitzender der Landrat ist. In diesem Amt ist das Kreisgesundheitsamt eine wichtige Abteilung, die selbständig dem Kreisarzt übertragen werden soll. Die Arbeit dieses Gesundheitsamts zerfällt in: Propaganda, Fürsorgetätigkeit, Auskunft, Belehrung. Gemeindeschwestern und Hebammen sind zu beteiligen. Eine Kreisfürsorgerin, deren richtige Auswahl von Wichtigkeit ist, ist unentbehrlich. Der ganze Apparat soll volkstümlich gehalten werden. Die Ausgaben des Kreisgesundheitsamts für einen mittelgroßen Kreis, wobei der Leiter nebenamtlich tätig ist, werden auf 32 000 M. fürs Jahr berechnet. Solbrig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pusch. Das Staatliche Medizinal-Untersuchungsamt in Danzig von seiner Gründung bis zum Ausscheiden aus dem Dienste des Preußischen Staates (1. April 1910 bis 31. März 1920). Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 11, Heft 11. 92 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1920. 9,50 M.

Eine erfolgreiche Tätigkeit hat dies Amt, das aus einer in Cholerazeiten eingerichteten Untersuchungsstation hervorgegangen ist und dann eine Reihe von Jahren im Besitz der Stadt Danzig stand, hinter sich, wie im einzelnen dargetan wird. Namentlich diente es der Seuchenbekämpfung, in deren Interesse eine große Zahl von bakteriologischen Untersuchungen (besonders Typhus, Diphtherie, Syphilis usw.) vorgenommen wurde; auch wurden zahlreiche Desinfektoren hier ausgebildet, Unterrichtskurse über Gesundheitspflege gegeben, für die ärztliche Fortbildung mancherlei getan und anderes mehr.

Die Erhaltung des Amtes seitens der Freien Stadt Danzig ist, wie Pusch ausführt, dringend geboten. Solbrig.

Wilhelmi. Die Bekämpfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schädlinge. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 12, Heft 2. 35 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1921.

Durchgreifende Bekämpfung der Schädlinge kann nur im Rahmen der praktischen Bionomie erfolgen. Die Bekämpfung liegt im Interesse des Staates, der durch deren Ausgestaltung gewaltige gesundheitliche, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Werte gewinnen kann. Eine reichsgesetzliche Regelung der Schädlingsbekämpfung erscheint geboten. Wie das im einzelnen zu geschehen hat, wird näher dargetan. Solbrig.

Dr. jur. Th. Geiger. Das uneheliche Kind und seine Mutter im Recht des neuen Staates. Ein Versuch auf der Basis kritischer Rechtsvergleichung. München, Berlin und Leipzig, I. Schweitzer Verlag (Arthur Sellier).

Dringender denn je ist durch das Anwachsen der unehelichen Geburten die Frage nach der rechtlichen Stellung der unehelichen Kinder geworden. Geiger bringt uns eine rechtshistorische, rechts- und sozialpolitische Darstellung der ganzen Frage, wie sie bisher noch nicht vorlag. Auf die umfassende, die Gesetzgebung vieler anderer Staaten einbeziehende juristische Behandlung kann hier nicht eingegangen werden. „Kühl und ohne Empfindlichkeit war zu untersuchen, wo das Recht liege — soweit Menschen von Recht sprechen dürfen." Von diesem Grundsatz ausgehend lehnt der Verf. alle moralisierenden Betrachtungen ab und glaubt, daß der künftige Geist des Gesetzes die bloße soziale Zweckdienlichkeit sein wird. In der Einleitung über die allgemeinen Feststellungen macht sich das Fehlen wirklicher grundlegender statistischer Unterlagen über die Abstammungsverhältnisse der Unehelichen, besonders mit Rücksicht auf die soziale Stellung der Väter und die Ursachen der Unehelichkeit störend geltend. Daher kommt es, daß der Verf. bei den Rechten und Pflichten, die er künftig den Vätern der Unehelichen auflegen will, den physischen Faktor bei deren Einstellung zu ihrem unehelichen Kinde wohl zu optimistisch wertet. Das Recht wird die Aufgabe, zu einer vollständigen Umwandlung der Sitten und Anschauungen zu führen, kaum erfüllen können, wenn z. B. gefordert wird, daß das uneheliche Kind in die Familie seines mit einer anderen Frau verheirateten Vaters eintreten soll. Das gleiche gilt von dem vollen Erbrecht und der Verwandtschaft nicht nur mit dem Vater, sondern auch mit seiner ganzen Verwandtschaft. Geigers Vorschläge würden sicher weitgehend zur Auflösung der Ehe führen und gerade das erreichen, was er in seinem Schlußwort selbst ablehnt. Sehr lesenswert ist, was Geiger über die Beibehaltung der Exceptio plurium schreibt, weil er vermeidet, scheinbare Billigkeitsgründe an Stelle streng logischer Betrachtungsweise treten zu lassen. Für den Arzt und Sozialhygieniker besonders wertvoll sind die im letzten Abschnitt umfassend entworfenen Richtlinien für die freiwillige Gerichtsbarkeit, das Vormundschafts- und Aufsichtswesen. Die Ausdehnung auf die rechtliche und gesundheitliche Schwangerenfürsorge zeigt Zukunftsaufgaben von weittragender Bedeutung, bedauerlich ist nur, daß das neue Gesetz über Wochenfürsorge nicht mehr herangezogen ist. Man mag sich zu der einen oder anderen Ansicht Geigers ablehnend verhalten, das Buch ist unentbehrlich für jeden Sozialhygieniker und gibt reiche Anregung zur Durchdringung der Unehelichenfrage. Dresel (Heidelberg).

Clemens Pirquet. System der Ernährung. 4. Teil. Mit Beiträgen von Professor F. v. Gröer, Dozent Dr. A. Hecht, Dozent Dr. E. Nobel, Prof. Dr. B. Schick, Dr. R. Wagner und Dr. Th. Zillich. Mit 180 Textabbildungen. Berlin, Julius Springer, 1920. 36 M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Buch enthält als Sonderabdruck der „Zeitschrift für Kinderheilkunde" eine Reihe von Arbeiten aus der Pirquetschen Klinik. Der erste Teil davon bringt Ergänzungen der bekannten Nahrungsmitteltabellen und Beiträge zur Küchenkontrolle. Es wird die Möglichkeit der Kontrolle des Nährwertes gekochter Speisen bestimmt durch Untersuchung des Gehaltes an Trockensubstanz und an Fett, wodurch sofort die Unterscheidung minderwertiger Stoffe aufgedeckt werden kann und die Kontrolle des verbackenen Mehles. Die Arbeiten enthalten weniges, was nicht schon längst in Laboratorien ausgeübt oder im Bedarfsfalle als selbstverständlich angewendet wurde.

Der zweite Teil bringt wertvolle Stoffwechseluntersuchungen. Eine Arbeit von Schick stellt den notwendigen Brennwert der Nahrung im letzten Drittel der Schwangerschaft fest. In weiteren Mitteilungen weisen Schick sowie v. Gröer nach, daß das Hungern bzw. die Unterernährung weder bei Neugeborenen noch bei infektiösen kranken Kindern notwendig ist. Sogar die Ruhr, bei der man den Darm stets zu schonen sucht, macht nach Zillich keine Ausnahme. Weitere Arbeiten befassen sich mit der Regulierung der Flüssigkeitsmenge. Bezüglich der interessanten Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. — Die Ausstattung des Buches ist sehr gut; der Preis muß als sehr billig bezeichnet werden. Kisskalt (Kiel).

F. W. Bach (Bonn). Untersuchungen über die Lebensmittelrationierung im Kriege. 182 S. München, D. W. Callwey. 38,40 M.

Die Lebensmittelrationierung mit ihren zahlreichen Angaben wird späteren Zeiten ein äußerst wichtiges Material abgeben und wohl einmal als Merkstein in der Erforschung der Volksernährung dastehen. Trotz der mannigfachen Fehler und Unklarheiten werden die Zahlen Anspruch haben, als erste Annäherung an die Wirklichkeit zu gelten. Bis jetzt allerdings liegen, abgesehen von einer zusammenfassenden Darstellung, die wohl noch lange auf sich warten lassen dürfte, nur wenige Einzeluntersuchungen vor. Die Arbeit des Verfassers, der es unternommen hat, die Verhältnisse in Bonn darzustellen, ist ein wertvoller Schritt auf diesem Gebiete, und gibt ein Beispiel, wie solche Untersuchungen durchzuführen sind, damit man sich einstweilen gewissermaßen nach örtlichen Stichproben ein Bild machen kann. In zahlreichen Tabellen sind die rationierten Lebensmittel nach Art und Nährwert zusammengestellt; allerdings leider nicht für die durch Zulagen etwas besser Versorgten. Wertvoll ist die eingehende Berücksichtigung wenigstens der inländischen Literatur über die allgemeine Ernährungslehre. Das Werk wird für alle Ärzte und überhaupt für alle, die sich berufsmäßig oder aus wissenschaftlichem Interesse mit diesen Fragen befassen, von großer Wichtigkeit sein. Kisskalt (Kiel).

H. Kaemmerer. Die Abwehrkräfte des Körpers. Aus Natur und Geisteswelt, Bd. 479, 2. Aufl., 102 S., 32 Abbild. Leipzig, B. G. Teubner, 1919.

Verf. führt das Gebiet der Immunitätslehre in zwar kurzen Worten, aber auf eine sehr klare Weise allgemeinverständlich vor Augen; auch die schwierigen Kapitel, wie Agglutination, Wassermannsche Reaktion, Präzipitation sind sehr anschaulich dargestellt. Dabei finden auch die neuesten Forschungsergebnisse und Erklärungsversuche Erwähnung, ich erinnere nur an die Begriffe Säureagglutination, Ausflockungsphänomen und Abderhaldensche Fermenttheorie. Will sich jemand mit dem auch für weitere Kreise interessanten Gegenstand schnell vertraut machen, so kann ihm dies Büchlein angelegentlich empfohlen werden. Dr. Voigt (Jena).

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt 1919. Neue Folge. 9. Jahrg. 50. Bericht über die Zivilstandsbewegung, die Todesursachen und die ansteckenden Krankheiten im Kanton Basel-Stadt 1919. Bearbeitet vom Statistischen Amt in Verbindung mit dem Gesundheitsamt. Basel, J. Frehner, 1920.

Interessenten seien auf den mit gewohnter Pünktlichkeit erschienenen statistischen Jahresbericht aufmerksam gemacht. Von allgemeinem Interesse ist, daß ähnlich wie in Deutschland auch im Kanton Basel sich die Bevölkerungsziffer wieder langsam hebt. Von stärkeren Epidemien, insbesondere von der Grippe, blieb der Kanton 1919 verschont. Als Anhang ist eine Arbeit Jessens über die Krebssterblichkeit in der Stadt Basel 1870 bis 1919 beigegeben. Merkel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

JAN 10 1922
Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Berlin); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel** und **Dr. S. Merkel**
Geh. Obermedizinalrat — Obermedizinalrat
Jena — Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 11
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des elften Heftes.

Seite

Deutsche Jugendnot. Körperliche Schäden und ihre Heilung. Von Prof. Dr. W. v. Drigalski. (Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg am 12. September 1921) 361

Spielstraßen oder der kürzeste Weg ins Freie. Von Dr. C. Hamburger, Augenarzt in Berlin 388

Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch Geschwisterzahl und soziale Lage der Eltern beeinflußt? [Aus der sozialhygienischen Abteilung (Leiter: Prof. Reiter) des hygienischen Instituts der Universität Rostock (Direktor: Prof. v. Wasielewski).] Von Hans Reiter und Paul Helm 390

Besprechungen:

E. Riecke: Geschlechtsleben und Geschlechtsleiden. (Reicher-Jena) 392

Karl Hencky: Die Wärmeverluste durch ebene Wände unter besonderer Berücksichtigung des Bauwesens. (Korff-Petersen-Berlin) 392

Emil Reiss: Mißstände im Arzneimittelwesen und Vorschläge zu ihrer Bekämpfung. (Sauerteig) 393

Felix Königsberger: Das diagnostische Institut der Zukunft. (Solbrig-Breslau) 393

Engelsmann: Entwurf eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der bisher bestehenden gesetzlichen Bestimmungen. (Solbrig-Breslau) 394

Opitz: Die Gesundheitsfürsorge des Landkreises Bonn. (Solbrig-Breslau) 394

Paul Schneider: Lebensglaube eines Arztes. (Dresel-Heidelberg) 394

Die Desinfektion. (Merkel) 395

Leitfaden der Desinfektion für Desinfektoren und Krankenpflegepersonen in Frage und Antwort von Dr. Fritz Kirstens. (Merkel) 395

Handbuch des Medizinal- und Veterinärwesens im Freistaat Sachsen. (Merkel) 395

Gutenberg: Grundzüge des theoretischen Unterrichts der freiwilligen Sanitätskolonnen. (Gerhard Wagner-Jena) 395

Julius Blume: Der Samariter. (Gerhard Wagner-Jena) . . . 396

J. König: Die Nahrungsmittel, Genußmittel und Gebrauchsgegenstände, ihre Gewinnung, Beschaffenheit und Zusammensetzung. (Abel) 396

F. Genzmer: Bade- und Schwimmanstalten. (Abel) 396

Herrligkoffer: Geschlechtliche Aufklärung. (Abel) 396

J. Trumpp: Säuglingspflege. M. Vogel: Merkbüchlein zur Mutter- und Säuglingspflege. (Abel) 396

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege

1921. Heft 11.

Deutsche Jugendnot.

Körperliche Schäden und ihre Heilung.

Von Prof. Dr. W. v. Drigalski.

(Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg am 12. September 1921.)

Leitsätze.

I. Die Hauptursachen der körperlichen Schädigung:

1. Sie gehen fast durchweg auf unmittelbare Kriegs- und Nachkriegswirkungen zurück; vornehmlich kommen in Betracht: Verwahrlosung, Zunahme der Geschlechtskrankheiten, Wohnungsnot, Nahrungsmangel.
2. Die Geschlechtskrankheiten — Gonorrhoe (Tripper) mehr als Syphilis — beeinträchtigen die Bestandsfähigkeit der Nation bedenklich: Zunahme der Unfruchtbarkeit, Übertragung der Infektion auf die Leibesfrucht und Beeinträchtigung der Lebens- oder Entwickelungsfähigkeit bei dieser.
3. Wohnungs- und Raumnot leisten der Säuglingssterblichkeit, der Verbreitung übertragbarer Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose bei Kindern, ferner Entwickelungshemmungen und -störungen (Rachitis) sowie der Verwahrlosung Vorschub. Es handelt sich um eine spezifische und komplexe Wirkung.
4. Verwahrlosungserscheinungen sind Mißbrauch der Genußgifte, zügellose Vergnügungssucht. Die Folgen sind unmittelbare Schädigungen durch chemische und Krankheitsgifte sowie mittelbare Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Möglichkeiten.
5. Nahrungsmangel hat in ungeheurem Umfange die körperliche Entwickelung beeinträchtigt und schädigt sie noch. Auch hier ist die Wirkung keine „einseitig körperliche".

II. Körperbeschaffenheit der heutigen Jugend (Status praesens):

6. Vorwiegend geschädigt ist die Jugend in den Städten, besonders in den Groß- und Industriestädten, weit weniger in Kleinstädten und auf dem Lande. Starke Verschiedenheiten in einzelnen Provinzen und Ländern.
7. Säuglingsalter. Die Säuglingssterblichkeit war in den vergangenen Jahren kaum erhöht.

   Junge Säuglinge sind wenig, ältere etwas mehr, aber auch nicht besonders stark geschädigt. Zunahme der Rachitis bei jenen zweifelhaft, bei älteren deutlich. Mäßige, aber ersichtliche Zunahme von Schädigungen durch Tripper und Syphilis, deutliche der Tuberkulose.
8. Bei Kleinkindern besteht Unterernährung, die aber durchschnittlich nicht bedrohlich erscheint. Zunahme der Rachitis mit oft verheerender Wirkung. Zunahme der Skrofulose. Geringe, aber deutliche Zunahme an Tuberkulose der Knochen, Gelenke und inneren Organe.
9. Schuljugend. Die jüngeren Schulkinder (Schulanfänger) sind zu einem sehr großen, in vielen Städten zum größten Teil deutlich, und in erheblichem Prozentsatz bedrohlich unterernährt. Stärkere Krankheitsbereitschaft, Entwickelungshemmungen (z. B. Kleinwuchs, Rachitis) sind ausgesprochen.

   Ältere Schulkinder sind gleichfalls noch in erheblichem Prozentsatz stark und zum Teil bedrohlich unterernährt. Frische Rachitis (Spätrachitis) kommt vor, ist aber nicht bedrohlich, häufig deutliche Reste abgelaufener.

   Bei allen durchschnittliche Abnahme der geistigen Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer sowie sehr ausgesprochene Blutarmut. — Selten, aber häufiger als früher Geschlechtskrankheiten (auch bei jüngeren). — Keine Zunahme der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„akuten" Infektionskrankheiten, geringe, aber deutliche der aktiven Tuberkulose einschl. der Lungentuberkulose. — Bei älteren bedenklicher Tabakmißbrauch.

10. Jugendliche. Vielfach deutliche Unterernährung, aber noch leidlicher Kräftezustand; örtlich verschieden, aber öfters auffallend ausgesprochen Entwickelungshemmungen: Kleinwuchs, Infantilismus. Spätrachitis anscheinend etwas vermehrt. Zunahme der Geschlechtskrankheiten! Stark verbreiteter Mißbrauch der Genußgifte (Tabak).

Zu 8 bis 10. Bei gleicher und selbst schlechterer wirtschaftlicher Lage sind die Kinder „Gebildeter" aller Kreise besser ernährt: Bedeutung wirtschaftlicher Kenntnisse. — Bewegungs- und Betätigungstrieb hat bei der übergroßen Mehrzahl nicht gelitten.

III. Maßnahmen zur Verhütung und Heilung:

a) In besonderer Richtung

11. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, mittelbare und unmittelbare.
12. Säuglings- und Tuberkulosefürsorge, offene, unter ärztlicher Leitung, gleichzeitig zur Abstellung wichtiger durch die Wohnungsnot drohender Schäden.
13. Ärztliche Überwachung der Kleinkinder und schulärztliche Fürsorge (vorbeugende und Behandlung einleitende).
14. Ärztliche Berufsberatung.
15. Öffentliche ärztliche Sprechstunden für Eltern (schulärztliche, stadtärztliche usw.).
16. Sorgfältige Auswahl der Kinder und Jugendlichen für alle Kräftigungs- und Heilungsmaßnahmen durch Ärzte unter der Berücksichtigung konstitutioneller Werte.

Zu 11 bis 16. In erster Linie Sache von Ärzten, ärztlichen Dienststellen, Gesundheitsämtern unter ärztlichen Dezernenten.

17. Besserung der Ernährung.
18. Ermöglichung von Erholungs-, vorbeugenden und Heilkuren sowie rechtzeitiger ärztlicher Behandlung.

b) Allgemeine Maßnahmen

19. Solche gegen Verwahrlosung, Jugendpflege.

Zu 17 bis 19. Hier ist besonders der gesamten Auslandshilfe sowie der Mitwirkung der Jugend- („Wohlfahrts-") Ämter zu gedenken.

20. Wirtschaftliche und hygienische Schulung der Bevölkerung, besonders der Frauen.
21. Bekämpfung der Wohnungsnot, unmittelbare und mittelbare; Förderung der Siedlungen, der Kleingärten- (Schrebergärten-) Anlagen usw.
22. Förderung des Turnens, Spieles und Sports. Gewebsernährung und Gewebsarbeit — d. h. Nahrungsausnutzung und Arbeit — haben einander zur Vorbedingung.

IV. Bisherige Erfolge:

23. Der Zustand im Jahre 1921 ist besser als 1919.
24. Die Erfolge der Auslandkuren (Schweiz, Skandinavien, Holland) sind entweder — und zwar ganz überwiegend — derartige, daß beispielsweise ein ganzes Jahreswachstum in 8 Wochen eingeholt wird und gute Umstimmung der gesamten Betätigungsmöglichkeit wahrzunehmen ist, oder daß — in nicht häufigen, aber auch nicht vereinzelten Fällen — nur geringe, bald wieder schwindende oder selbst keine Besserung deutlich ist. Bei derartig mangelhafter Wirkung ist auf bestimmte Krankheiten zu fahnden.
25. In einer nicht ganz kleinen Zahl von Fällen ergibt diese Untersuchung kein besonderes Leiden. Mangelhafte Konstitution (Genotypus) läßt auch mit erheblicher Aufwendung keine wesentliche Besserung der Körperbeschaffenheit (Erscheinungsform, Phänotypus) zu. Diese Fälle sind von weiteren teuren Kuren im Interesse der Besserungsfähigen (von guter Konstitution) auszuschließen.

I. Die Hauptursachen der körperlichen Schädigung.

Ende 1916 ließ sich die oberste Heeresleistung Gutachten darüber erstatten, wie weit die Möglichkeit einer Herabsetzung der Ration für Heeresangehörige, in erster Linie in der Etappe, gegeben sei. Wir stimmten für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmälerung der Verpflegung im Etappengebiet. Die Hungersnot in der Heimat war damit offenbart, das Heer mußte durch Einschränkung aushelfen. In den letzten Kriegsjahren wurde die Unterernährung in der Bevölkerung auch dem oberflächlichen Betrachter deutlich, und als wir aus dem Kriege zurückkamen, fanden wir eine sich täglich steigernde Wohnungsnot, starke Verwahrlosung auf allen Gebieten und in allen Kreisen, augenfällige Zunahme der Geschlechtskrankheiten und auch nach Friedensschluß noch einen Nahrungsmangel, der die breiten Schichten aller Bevölkerungskreise, insbesondere auch der geistigen Arbeiter ungeheuerlich bedrückte. Diese Faktoren wirkten und wirken auf das ganze Volksleben und vornehmlich auf die Entwickelung unserer Jugend ein; sie stehen sämtlich in Beziehung zueinander, kein einziger wirkt isoliert.

Die Wohnungsnot besteht in unheilvollem Umfange in den Städten und besonders in den Großstädten. Halle mit 192000 Einwohnern hat nicht weniger als 9521 Wohnungssuchende (d. h. 20 Proz. aller Familien oder Wohnungen) gehabt, 2057 Zwangseinquartierungen vornehmen müssen und hat 475 Familien, die auf einen einzigen Raum angewiesen sind, 982, die baufällig oder ungesund wohnen. Die Zahl der Wohnungssuchenden beträgt in Großstädten bis zu 5 Proz. der Gesamtbevölkerung! Der Deutsche Städtetag hat hierüber sehr beachtliche Feststellungen gemacht, unser Verein diese Frage 1919 eingehend behandelt. Durch den Zustrom der Unglücklichsten unter uns, der Flüchtlinge, vergrößert sich das Übel noch ständig. Enge und übermäßige Belegung, schlechte Ventilierbarkeit der Räume haben nun ganz bestimmte Wirkungen, die in erster Linie unsere Jüngsten gefährden: Die Säuglingssterblichkeit nimmt in engen, auch im Winter mit übermäßig warmer und feuchter Luft erfüllten Wohnungen ganz gesetzmäßig zu. Ja, in manchen Städten ist eine erhöhte Säuglingssterblichkeit geradezu auf solche schlechten überlegten Wohnungen beschränkt, deren heißes feuchtes Klima die Säuglinge in der Entwickelung und durch Begünstigung der Brechdurchfälle schwer gefährdet. Derartige Quartiere bieten naturgemäß der Verbreitung von Seuchen von Mensch zu Mensch die beste Gelegenheit, wenn erst einmal ein Ansteckender in ihnen auftaucht; sie leisten besonders der Zunahme der Tuberkulose verhängnisvollen Vorschub. — Bei derart bedingtem Mangel an Luft und Sonne, also einem Mangel der wichtigsten Lebensreize finden wir ferner die Entwickelung der Aufwachsenden ganz regelmäßig schwer gehemmt, ähnlich wie es bei jungen Tieren der Fall ist, deren Gehege einen zu geringen „Auslauf" bietet; Unterentwickelung, Blutarmut, Skrofulose, Rachitis nehmen zu. In solchen Behausungen fallen endlich nur zu leicht die instinktiv als notwendig empfundenen Schranken: Frühreife und Leichtfertigkeit im Geschlechtsverkehr sind oft genug — wenn auch durchaus nicht immer — die Folgen. Die Geschlechtskrankheiten selbst, insbesondere der Tripper (Gonorrhoe), werden gar nicht selten in solchen Wohnungen, wo Erwachsene und Kinder ein Bett teilen, weiter übertragen, in erster Linie auf kleine Kinder und Mädchen. — In einer nicht sauber zu haltenden Wohnung endlich hält auch der Bewohner sich nicht mehr sauber und hat unter Ungeziefer schwer zu leiden: wir müssen eine Zunahme der Hauterkrankungen, Krätze usw. erwarten und finden sie tatsächlich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu dieser Plage, unter der sehr breite Volksmassen leiden, kommt nur zu leicht das Bedürfnis, sich anderweitig schadlos zu halten, und die noch heute überall, besonders aber unmittelbar nach dem Kriege sich breitmachende **zügellose Genußsucht** in allen Volkskreisen hat zum Teil ihren Grund in der allgemeinen Verelendung: Man will einmal etwas anderes sehen als die verbitternde Trostlosigkeit der Wohnung, anderes hören als politische Unerquicklichkeiten; es war ganz unausbleiblich, daß auf eine geistige und seelische Überspannung ohnegleichen ein starker Rückschlag folgte, wie es noch nach jedem Kriege der Fall war. Daran ändert nichts die Einsicht, daß das Verhalten ganz unlogisch ist, wenn man schlemmt, wo Nahrungsmittel fehlen, verschwendet, wo genauestes Zusammenhalten aller wirtschaftlichen Mittel Gebot ist. Die unnützen Ausgaben für Genußgifte, insbesondere für Tabak, in steigendem Maße jetzt wieder auch für Alkohol, beeinträchtigen die Wirtschaftsführung schwer und schädigen unmittelbar die Ernährungsmöglichkeiten für Kinder. Wir tuen das Gegenteil von dem, was der bestehende Nahrungsmangel gebieterisch fordert, scheußliche Gewinnsucht einzelner kam hinzu, und so sahen wir Menschliches, allzu Menschliches, Unmenschliches. Die erfrischend deutlichen Worte, mit denen sich Abel bei seiner Kritik über die Ernährungswirtschaft 1916 nach rechts und links wendete, sind wohl noch in unserer Erinnerung.

Die Stätten des Vergnügens sind allzu oft auch die des leichtfertigen Verkehrs und damit der Verbreitung der **Geschlechtskrankheiten**, der Gonorrhoe und der Syphilis. Das empörend unsoziale Verhalten vieler Geschlechtskranker, die ohne Rücksicht auf die ihnen wohlbekannte Ansteckungsfähigkeit disziplin- und gewissenlos Verkehr suchten und pflegten, und die grenzenlose Unwissenheit breiter Volksschichten in allen Kreisen ohne Unterschied des Bildungsgrades haben eine verheerende Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in und nach dem Kriege gezeitigt. Zum Teil trägt daran die Schuld eine stark gesunkene Moral: mehr als $^1/_3$ aller Erkrankenden ist verheiratet, in einer Statistik von Gans steht als Infektionsquelle unter 20 verschiedenen Kategorien die eigene Ehefrau an achter Stelle (jede 13. Infektion entfällt auf sie, sie folgt gleich auf die „Fabrikarbeiterin"). Nur selten ist die Preisgabe auf materielle Not zurückzuführen, Verführung und Verführungswilligkeit sind angewachsen! Ein solches Verhalten kann bei einem nachweisbar hungernden Volke sonderbar erscheinen, widernatürlich der Trieb zu gesteigerten physiologischen Luxusausgaben. Ich glaube aber, daß auch hier der **Nahrungsmangel** eine unmittelbare Rolle spielt: Bei Unterernährung schwinden alle Organe, aber zuletzt werden abgebaut — wenn überhaupt — die Gewebe der Geschlechtsorgane. Es ist also verständlich, wenn diese bei dem Darniederliegen der übrigen Organfunktionen in dem von Schwund heimgesuchten Körper die Oberhand gewinnen; das Gleichgewicht der Kräfte im Körper, der sozusagen einen Zellenstaat auf streng konstitutioneller Grundlage darstellt, ist gestört, die Geschlechtsorgane sind relativ hypertrophisch, die von ihnen ausgehenden Einflüsse der inneren Sekretionen werden übermächtig. Fehlt also starke körperliche Beanspruchung, so hat die Unterernährung notwendig vermehrten Geschlechtstrieb zur Folge, wie wir es jetzt bei zahlreichen nicht Überanstrengten oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Müßiggängern sehen und bei dem abgemagerten Phthisiker immer gesehen haben. Der Nahrungsmangel beeinträchtigt also nicht nur die körperliche Entwickelung der Nation, sondern er schädigt auch mittelbar die Bestands- und Entwickelungsmöglichkeiten, und zwar sehr stark. Er schädigt sie auch deswegen, weil von ihm bei allen nicht sehr Hochstehenden eine einseitige Einstellung auf die eigenen animalischen Interessen, also die Entwickelung a- und antisozialer Selbstsucht ganz untrennbar ist. Wir haben ja gesehen, welche Orgien dieser unsoziale Egoismus auch in unserem Lande feierte und noch feiert. Aus dem Auslande hört man ganz ähnliche Klagen. —

Über die unmittelbare Wirkung der Geschlechtskrankheiten sei hier nur so viel gesagt, daß Tripper wie Syphilis der Eltern die Nachkommenschaft schwer gefährden: Die sogenannten „Blindgeborenen" haben ihre Ansteckung, die zur Zerstörung der Sehfähigkeit durch den sogenannten Augentripper (Blennorrhoe) führen, erst während der Geburt von der angesteckten Mutter erworben. Zahlreiche Säuglinge und Kleinkinder, und zwar vorzugsweise Mädchen, werden von der gonorrhoischen meist ahnungslosen Mutter, mit der sie das Bett teilen, oder bei unvorsichtigen Berührungen angesteckt; besonders bei ganz jungen und Kleinkindern ist diese Gefahr groß, während man diese „unschuldige" Übertragung der schrecklichen Krankheit bei älteren (Schul-) Mädchen selten sieht. Ganz bedenklich ist aber die Gonorrhoe der Frauen für die Fruchtbarkeit, also den Bestand des Volkes. Wie weit die Heilung einer tripperkranken Frau mit nicht sofort behandelter Krankheit möglich ist, steht noch sehr dahin. In den meisten Fällen kommt es schon aus Unwissenheit zur Verschleppung und zu schweren entzündlichen und eitrigen Veränderungen der weiblichen Fortpflanzungsorgane, damit zu schwerer Beeinträchtigung und oft genug zu gänzlicher Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit. In dieser Beziehung ist selbst die Syphilis weniger bedenklich als die Gonorrhoe. Sie gefährdet aber die Nachkommenschaft insofern schwer, als sie, auf die Leibesfrucht übertragen, diese vorzeitig zum Absterben bringt; Fehl- und Totgeburten sind die Folge. Das Schicksal aber der mit angeborener Syphilis ins Leben tretenden Kinder ist ein sehr zweifelhaftes, diese Seuche beeinträchtigt ihre Entwickelungsmöglichkeit aufs schwerste, auch wenn der Stamm an sich ein guter ist. In den letzten Jahren hat die Erkennung und Behandlung der Syphilis ganz außerordentliche, die der Gonorrhoe immerhin merkbare Fortschritte gemacht. Wissenschaftliche und praktische Unterlagen für eine erfolgreiche Vorbeugung sind heute derart gegeben, daß nur Fahrlässigkeit ein Weiterschreiten dieser Seuchen möglich machen würde, die im eigentlichsten Sinne am Kern unserer Volkskraft fressen.

II. Körperbeschaffenheit der heutigen Jugend (Status praesens).

Wie steht es heute um die Gesundheit und Ernährung des deutschen Kindes? — Selbst wenn eindeutige und völlig zuverlässige Unterlagen vorhanden wären, wird man sich darüber klar bleiben müssen, daß die landschaftlichen, klimatischen, wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Lebensbedingungen in den verschiedenen Teilen des Reiches außerordentlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verschieden sind. Es stellt ja einen besonders von Ausländern lebhaft empfundenen Reiz in der Physiognomie Deutschlands dar, daß sie so wenig gleichmäßig, in ihren Zügen so lebhaft bewegt ist. Und wenn auch die Summe der Erbwerte, d. h. die jedem Menschen angeborenen Entwickelungsmöglichkeiten (Konstitution) von entscheidender Bedeutung bleiben, so wird auch diese Rassen- und Stammeseigentümlichkeit weitgehend beeinflußt durch die Umstände, welche jene arteigenen Entwickelungsmöglichkeiten hemmen oder fördern, d. h. durch die jeweiligen Lebensbedingungen, die Umwelt. In der reichen und bunten Gliederung unseres Vaterlandes gibt es keine gleichen Umweltbedingungen, ganz abgesehen von den sozialen Verschiedenheiten. Die Kinder in Deutschland müssen also entsprechend den vielfältig abweichenden Entwickelungsbedingungen abweichende Entwickelungen aufweisen, und die Frage kann nur lauten: **Wie steht es mit den einzelnen Lebensaltern in den einzelnen Teilen des Reiches und innerhalb der verschiedenen Lebensalter?** Bei den betreffenden Ermittelungen habe ich Material, das mir die Regierungen der einzelnen Länder freundlichst zur Verfügung gestellt haben, die Ergebnisse eigener Untersuchungen und zum Teil sehr ausführliche Berichte von Stadt- und Kreisärzten aus 52 verschiedenen Bezirken verwendet, nämlich aus 11 Landkreisen, 14 Mittel- und 27 Großstädten. Den Herren Referenten bei den Regierungen, den Kreisärzten und Stadtärzten bin ich zu großem Dank verpflichtet. Aufs neue haben diese dem Ruf ihrer wohl nicht zum ersten Male mißbrauchten Unermüdlichkeit alle Ehre gemacht.

Das Bild, das ich zu entwerfen habe, ist düster und sticht vielfach stark von optimistischen Darstellungen ab, die selbst von ärztlicher Seite während des Krieges gegeben wurden. Aber auch diese waren nicht immer einseitig oder falsch; auch heute, nachdem eingehende Untersuchungen vorliegen, hören wir aus manchen Bezirken ganz verschiedene Urteile, auch aus Großstädten Günstiges; zuweilen wird sonderbare Zunahme des Längengewichtes berichtet, zuweilen ein nicht zu erwartendes Ausbleiben von rachitischen Veränderungen. Ganz allgemein darf aber angegeben werden, daß die Säuglingssterblichkeit trotz des entsetzlichen Milchmangels (s. Tafel 1) keineswegs zugenommen hat, daß die akuten übertragbaren Krankheiten gar keine größere Bedeutung erlangten, auch nicht solche, die in und nach dem Kriege wiederholt eingeschleppt wurden und, wie das Fleckfieber, in einer stark verlausten Bevölkerung recht gut Boden hätten gewinnen können. Noch in den ersten Kriegsjahren war es stellenweise so, wie es mir z. B. aus einer mitteldeutschen Fabrikstadt berichtet wurde, daß nämlich die Kinder trotz harter Kriegszeit besseres Gedeihen zeigten, weil die unnützen Ausgaben seitens des tabak- und alkoholfreudigen Haushaltungsvorstandes weggefallen waren. Und es war nur natürlich, daß man schweigend trug, was zu ertragen war, als wirklich das Elend einsetzte und stieg. — Ich versuche nun, über folgendes Auskunft zu geben:

1. Einfluß von **Alkoholismus der Eltern** auf die **Ungeborenen** wird nicht, öfters dagegen ein solcher von **Syphilis** angegeben. Die Zahl der Totgeburten ist gestiegen, nicht sehr stark, aber doch deutlich, und zwar wird diese Tatsache auch aus einigen Landkreisen berichtet. Fehl- und Frühgeburten haben stark zugenommen, und zwar ganz überwiegend in Großstädten. Sitten und Lebensanschauungen, lockerer als früher, machen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel 1 (nach Dr. Haustein, Deutsches Rotes Kreuz).
Milchmangel 1920 in 26 Großstädten von über 100 000 Einwohnern.
An der nur für Kinder von 0 bis 6 Jahren benötigten Milchmenge fehlten:

In	Einwohnerzahl	Zahl der Kinder von 0 bis 14 Jahren	Fehlbetrag an Milch
Mainz	110 000	28 000	— 68,9 Proz.
Saarbrücken	115 839	33 246	— 52,4 „
Leipzig	624 000	141 000	— 51,7 „
Erfurt	134 638	35 211	— 50,6 „
Wiesbaden	103 394	[10 568 Schulkinder]	— 46,0 „
Cassel	162 375	41 485	— 44,1 „
Altona	175 944	35 955	— 38,8 „
Hamburg	1 018 594	227 077	— 37,1 „
Magdeburg	296 018	71 800	— 30,6 „
Elberfeld	161 000	50 000	— 28,5 „
Berlin	3 804 048	[582 739 von 0 bis 12 Jahren]	— 28,3 „
Barmen	164 338	34 169	— 20,7 „
Plauen	108 107	26 993	— 18,5 „
Gelsenkirchen	175 000	54 000	— 18,4 „
Danzig	192 679	49 456	— 13,8 „
Düsseldorf	433 676	143 088	— 13,5 „
Mannheim	240 000	78 000	— 12,9 „
Dortmund	300 000	80 000	— 12,3 „
Chemnitz	311 900	76 360	— 10,0 „
Essen	470 000	172 045	— 8,1 „
Hannover	400 000	78 920	— 5,4 „
Braunschweig	141 885	22 000	— 3,9 „
Duisburg	252 030	75 000	—
Hamborn	120 251	42 000	—
Crefeld	128 991	29 900	—
Breslau	540 000	140 000	—

Gesamtfehlbetrag 1919 in 43 Großstädten — 51,3 Proz., 1920 geringe Besserung mit Rückgang um 20 bis 30 Proz. zum Ende des Jahres.

sich dabei geltend, denn die überwiegende Zahl der Fehlgeburten geht auf Abtreibung zurück. Bevölkerungspolitisch spielt dieser Umstand zurzeit eine größere Rolle als die Schädigung durch Syphilis. Die Geburtenhäufigkeit ist gesunken, der frühere Überschuß der Lebendgeborenen über die Zahl der Gestorbenen hat einem Verlust Platz gemacht (in Sachsen gegenüber + 5473 im Jahre 1913: — 25 250 im Jahre 1918).

2. **Die Neugeborenen und Säuglinge:** Haben sie etwa durch Unterernährung und Erschöpfung des mütterlichen Körpers Schädigungen erlitten? Der Laie wird geneigt sein, dergleichen als selbstverständlich anzunehmen. Der Biologe weiß, wie außerordentlich kräftig und unabhängig vom Zustand des mütterlichen Körpers der neu entstehende Mensch sich zu entwickeln vermag, wie rücksichtslos er jenem die nötigen Kraftstoffe entzieht, wie sein Verhalten beinahe dem des bösartigen Tumors zu vergleichen ist, dessen Zellen bis zur gänzlichen Erschöpfung des befallenen Gesamtkörpers üppig wuchern. Mit dieser Auffassung stimmt die Tatsache überein, daß im allgemeinen keine Unterentwickelung oder Schädigung der Neugeborenen festzustellen war, die Berichte für Preußen[1]), Altenburg, Württemberg, Sachsen und ebenso diejenigen der

[1]) Siehe Glaubitt, Ernährungszustand der Bevölkerung in Preußen. Veröffentl. auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung XIII, Heft 7, 1921.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meisten Städte und Kreise bestätigen sie. Einzeluntersuchungen wollen zum Teil Mindergewicht und Mindermaß ermittelt haben, andere, wie die der Kieler Frauenklinik, verneinen ausdrücklich eine solche Beobachtung. Der Neugeborene hat im allgemeinen also sein Normalgewicht bewahrt; wo er scheinbar der Friedenszeit gegenüber verloren hat (Statistik Ascher), hat er wahrscheinlich nur unter dem Einfluß des mütterlichen Zustandes etwas Luxusgewicht abgegeben. — Im Einklang damit stehen die Beobachtungen über die **Lebensfähigkeit** der Säuglinge: Die allgemeine Säuglingssterblichkeit ist gegen die Vorkriegszeit nicht gestiegen, zum Teil ist sie (Preußen, Sachsen) günstiger als vor dem Kriege (Sachsen 1913: 15,7 Proz., 1918: 13,3 Proz. — Halle 1919: 13,1 Proz., 1920: 17,9 Proz. und 1921 trotz des heißen Sommers bis Mitte August nur 15,5 Proz.). Die Kinder sind also allem Anschein nach mit gleicher Lebenszähigkeit geboren worden wie vor dem Kriege. Auch eine mangelhaftere Entwickelung in den späteren Lebensmonaten hat sich nicht feststellen lassen, von 52 Berichterstattern behaupten nur 8, derartiges gesehen zu haben, alle übrigen geben gute Entwickelungsfähigkeit an. Mehrere Beobachter erwähnen eine lymphatische Diathese in den ersten Lebensmonaten, die sich aber bald wieder ausgleiche (phänotypische Erscheinung). Über die lebendgeborenen Säuglinge darf man also sagen, daß eine Schädigung im Keime nicht stattgefunden, ihre Sterblichkeit nicht zugenommen hat.

Anders steht es mit erworbenen Krankheiten im Säuglingsalter: die von der Mutter überkommene **Syphilis** hat ganz zweifellos zugenommen, und zwar nicht nur in Großstädten, sondern mehrfach auch in Landkreisen und Kleinstädten; es werden Ziffern von 0,5 bis 4,1 Proz. der von Säuglingsfürsorgestellen Überwachten angegeben! Gehäuft tritt die **Blennorrhöe**, d. h. die Tripperinfektion des Auges, auf. Eine Reihe ländlicher Bezirke sind von diesem Übel frei, aber keineswegs alle. Die Hallische Augenklinik sah 1913: 56, im Jahre 1920: 73 solcher Fälle.

Die **Tuberkulose** wird im allgemeinen bei dem Säugling häufiger als früher beobachtet, scheint aber immer noch keine starke Gefährdung der Gesamtheit zu bedeuten. Von 52 Bezirken melden 9 ausdrücklich eine wahrnehmbare Steigerung der Säuglingsinfektion, aber auch Industriegroßorte mit guter Überwachung, wie Gelsenkirchen, geben mehrfach ausdrücklich keine Vermehrung an. — Auch die **echte Skrofulose der Säuglinge**, zweifellos etwas häufiger als früher, tritt bis jetzt nicht bedrohlich auf. Stärker tritt dagegen die **Rachitis** in Erscheinung. 21 Bezirke von 52 geben ausdrücklich Zunahme an, einige bezeichnen fast 50 Proz. der Säuglinge als rachitisch und auch aus Landkreisen wird sie berichtet, aber mehrfach ausdrücklich als „milde“ angegeben. 7 Bezirke, darunter 4 Großstädte, verneinen aber ausdrücklich die Zunahme der Rachitis, und mehrfach findet sich die Feststellung, daß die Verhältnisse 1921 sich bereits gebessert haben. Diese Entwickelungsstörung tritt deutlich in Erscheinung erst bei den älteren Säuglingen und nimmt an Stärke und Häufigkeit in vielen Industriebezirken vom zweiten Halbjahre an mit jedem Lebensjahre zu, ohne daß man sie im allgemeinen in diesem Lebensalter bereits als Gefahr bezeichnen könnte.

Aus einigen Orten (Dessau, Barmen) berichten sorgfältige Untersucher von einer Häufung nervöser Erscheinungen (gesteigerter Erregbarkeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Neigung zu Krampfzuständen). Bisher konnte ich nicht ermitteln, daß es sich hier um ein allgemein verbreitetes Übel handelt. Zahlreich sind die Berichte über guten Fortgang des Stillgeschäftes, das den Säugling an der Brust von jeher soviel besser als das Flaschenkind gestellt hat.

3. Erst bei den **Kleinkindern** (im Alter von 1 bis 5 Jahren) treten ernstere Schäden deutlich auf. Die allgemeine Sterblichkeit des Kleinkindes hat in einigen Ländern im mäßigen Grade zugenommen, z. B. in Sachsen.

Die Tuberkulose zeigt in den Großstädten meist deutliche Zunahme; so berichtet Neukölln, daß alle mit der Hautprobe (nach v. Pirquet) als tuberkulös infiziert befundenen Kleinkinder auch eine Tuberkuloseerkrankung aufweisen, obwohl gerade bei der Tuberkulose der Zustand der Infektion mit der offenkundigen Schädigung (Erkrankung) keineswegs identisch ist. Auch bezüglich der echten Skrofulose wird im allgemeinen Zunahme angegeben, ausdrücklich verzeichnen solche 16 Kreise von 52. Auf dem Lande sind die Verhältnisse mit Ausnahme einzelner Bezirke (Großstrehlitz, Oberschlesien, gibt z. B. 65 Proz. Skrofulose an) weit besser als in den Städten. Aber auch hier findet man nur selten etwas wirklich Bedrohliches: Spandau mit ausgebauter Kleinkinderfürsorge hat 6 Proz. aller Überwachten als tuberkulös oder skrofulös ermittelt. Tuberkuloseinfektion (nicht Krankheit), festgestellt nach v. Pirquet, wird in den Großstädten in sehr verschiedener Häufigkeit von nur 4 Proz. bis zu 50 Proz. aller Untersuchten angegeben. Das Gesamtbild ergibt eine mäßige Zunahme der Tuberkuloseinfektion und der tuberkulösen Erkrankung. Dagegen spielt eine zum Teil verhängnisvolle Rolle die **Rachitis der Kleinkinder.** 30 Bezirke geben deutliche Zunahme an, nur 6 (darunter 2 Großstädte) lassen keine oder geringe Zunahme erkennen. In Industrie-Großorten tritt sie fast überall häufig und in schwererer Form als vor dem Kriege auf, ihre Häufigkeit wird mit 14 Proz. bis zu $^2/_3$ aller Kleinkinder angegeben, und in besonders starkem Grade sind die vier- bis sechsjährigen befallen.

Auf dem Lande sind auch unter ärmlichen Verhältnissen die Verhältnisse weit besser; dabei müssen wir uns daran erinnern, daß auch unter den besten Verhältnissen Rachitis in milderer Form von jeher bei einem nicht kleinen Prozentsatz aller Kinder gefunden wurde. Außerdem wird öfters zweifellos einfacher Schwund des Knochengewebes, eine Teilerscheinung der allgemeinen Gewebeärmlichkeit infolge mangelhafter Ernährung, mit echter Rachitis verwechselt. Diesen Schwund fand man noch 1919 gar nicht selten bei der Obduktion kräftig gebauter an irgendwelchen Krankheiten gestorbener Erwachsener, wie Beneke mir mitteilte, selbst am Schädeldach. — Immerhin zeigt sich eine deutliche Steigerung der Rachitis bei Kleinkindern, die zum Teil ihren Ausdruck in auffälligem Kleinbleiben (Kleinwuchs) findet, von dessen gehäuftem Auftreten 11 Bezirke berichten, während 10 — darunter 6 Großstädte — die Erscheinung in Abrede stellen. Besserung ist bereits 1921 vielfach deutlich.

Die Unterernährung der Kleinkinder ist fast nur in Groß- und Industriestädten zu beobachten. Mannheim zählt an stark unterernährten Kindern (Ernährungsgruppe III) 12,9 Proz., äußerst stark unterernährten Kindern (Ernährungsgruppe IV) 10,6 Proz., also stark unterernährt 23,5 Proz. aller Kleinkinder. In Mittelstädten und auf dem Lande findet sich über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wiegend befriedigender Ernährungszustand, wiederholt wird Besserung gegenüber den Jahren 1918/1920 hervorgehoben.

„Geschlechtskrankheiten" sind auch in diesem Lebensalter, besonders bei Mädchen, in Großstädten etwas häufiger als früher.

Bei Säuglingen und Kleinkindern sehen wir somit eine mäßige, aber doch ein deutliches Warnungszeichen darstellende Zunahme der Tuberkulose einschließlich der Skrofulose (s. Tafel 3), etwas häufigeres Auftreten von Geschlechtskrankheiten und eine deutliche Zunahme der Rachitis, besonders ihrer schweren Formen. Man hätte Schlimmeres erwarten können. Die Reichswochenhilfe und die bevorzugte Versorgung dieser Kinder mit Milch darf man als Gründe für den relativ leidlichen Zustand in diesem Lebensalter hervorheben neben dem Umstande, daß die hungernden Mütter des Landes ihren Kleinen zugewendet haben, was irgendwie abzusparen war.

4. **Schulkinder.** Außerordentlich ernst stimmen dagegen fast überall die Feststellungen über den **Zustand der Schuljugend** in allen größeren und Industrieorten. Was sich beim Säugling andeutete, beim Kleinkind deutlich wird, findet sich beim Schulkinde in einem zum Teil erschreckenden Umfange.

Die Zahl der deutlich **Tuberkulösen** und der **Tuberkulosegefährdeten** hat vielfach stark zugenommen. Leipzig berichtet von einer Steigerung um das Dreifache, Wiesbaden um das Fünffache. In Königsberg sind 5 Proz. aller Volksschulkinder und 3,2 Proz. in den Mittelschulen lungenkrank oder tuberkuloseverdächtig, 8,1 bzw. 10,3 Proz. tuberkulosegefährdet. Die Lungenfürsorgestellen in Nürnberg halten 3605 Kinder wegen Tuberkuloseverdachtes unter Beobachtung und zählen 114 Tuberkulosekranke (26 lungenschwindsüchtige Kinder, 78 mit sonstiger Tuberkulose). Den bedenklichen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Unterernährung veranschaulicht Tafel 2.

Tafel 2. Tuberkulose in Sachsen.

Von je 100 Todesfällen entfallen:

In den Jahren	Auf Kinder und Jugendliche bis 20 Jahren	
	Lungentuberkulose	Tuberkulose überhaupt
1913	2,6	4,6
1914	2,6	4,6
1915	2,9	5,2
1916	4,2	7,4
1917	6,7	10,3
1918	7,9	10,9

Deutlich besser als in den Großstädten steht es in den Mittelstädten oder auf dem Lande; aber auch schon die Randbezirke von Groß-Berlin stehen besser als viele andere Großstädte und Industrieorte da.

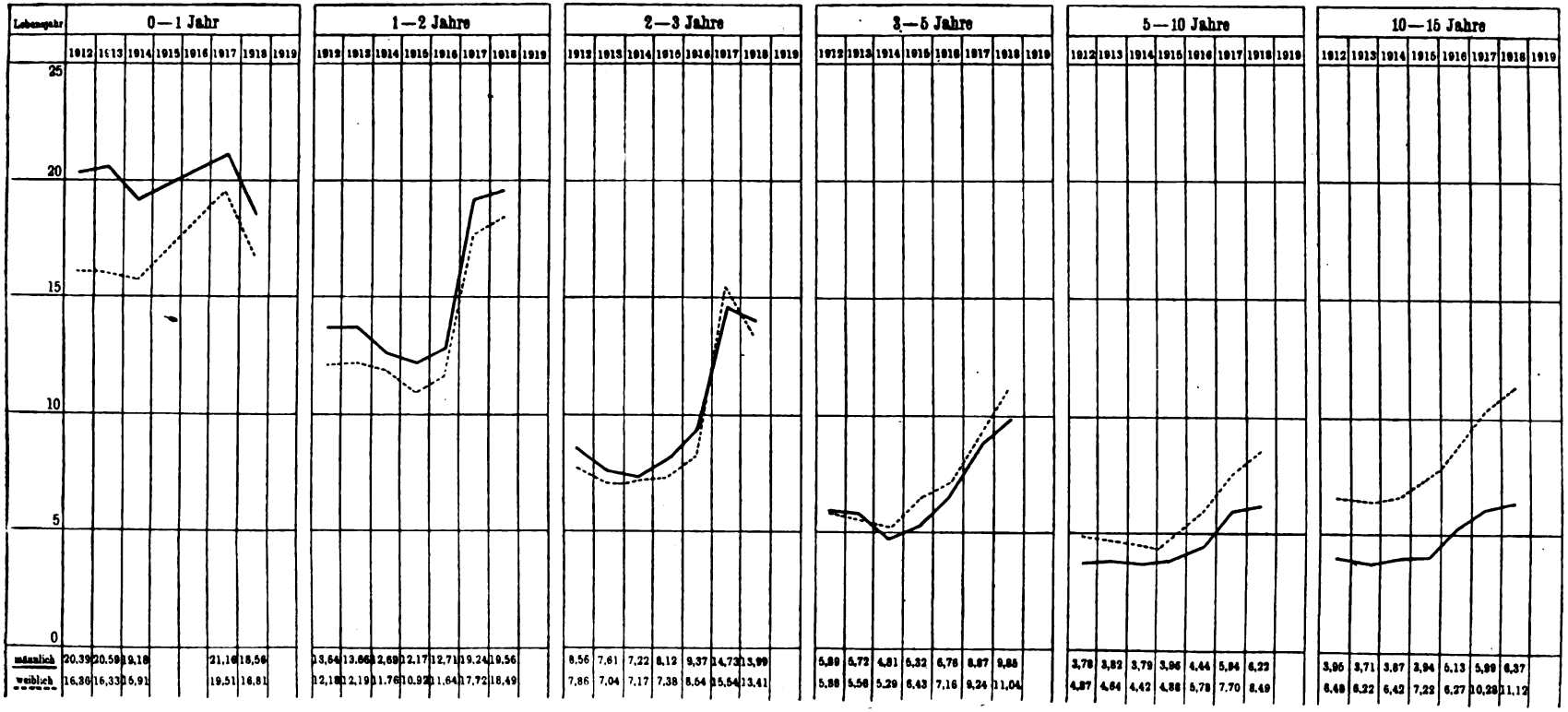
Ist die Tuberkuloseerkrankung und besonders die gefährliche Form der Schwindsucht wie auch die Sterblichkeit bei der Schuljugend zwar deutlich vermehrt, aber noch nicht erheblich, so hat die echte (tuberkulöse) **Skrofulose** eine Bedeutung angenommen, die stark zur Vorsicht mahnen muß. 16 Bezirke

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Tafel 3. Tuberkulosesterblichkeit.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

melden deutliche Zunahme ausgesprochener Skrofulose, 12 dagegen (unter ihnen die Industriestadt Plauen) stellen ihre Zunahme in Abrede. Man fand in Cöln 50 Proz. der 6jährigen und bis zu 85 Proz. der 14jährigen (bei der Untersuchung nach v. Pirquet) tuberkuloseinfiziert, und ähnliches wird für viele Städte gelten.

Ein Blick auf die Kurven von Kirchner zeigt, welch ernste Bedeutung die Gott sei Dank nicht in allen Teilen des Reiches, in manchen aber doch deutliche Zunahme dieser chronischen Volksseuche hat (s. Tafel 3). So sind in Sachsen im Alter von 0 bis 20 Jahren von je 100 Gestorbenen zugrunde gegangen 1914 an Lungentuberkulose 2,6 Proz., an Tuberkulose überhaupt 4,6 Proz., 1918 an Lungentuberkulose 7,9 Proz., an Tuberkulose überhaupt 10,9 Proz., und zwar sind auch industriearme und ländliche Bezirke in gleichem Umfange betroffen.

Die sogenannten **Geschlechtskrankheiten** fangen in großen und Industriestädten, zuweilen aber auch in Mittelstädten an, Bedeutung für die Schulkinder zu gewinnen. Von 22 Untersuchern berichten 14 keine deutliche, 8 aber eine offenkundige Steigerung solcher Infektionen bei Schulkindern. Ein Bezirk von Groß-Berlin hat unter den Schülerinnen 2,4 vom Tausend als geschlechtskrank ermittelt. Die Zunahme findet sich besonders bei Mädchen. Welche Bedeutung die Gonorrhöe gerade beim weiblichen Geschlecht hat, habe ich eingangs betont.

Wir müssen also mit der Tatsache rechnen, daß eine Gruppe der verheerendsten und unnötigsten Seuchen die Körper unserer Kinder zu befallen beginnt.

Die **Rachitis** (Spätrachitis) in schwerer Form tritt an zahlreichen Orten stärker auf. Dagegen ist es zweifelhaft, ob wirklich eine Vermehrung der Rachitis unter der deutschen Schuljugend stattgefunden hat. In Halle, wo die Rachitis von jeher stark verbreitet war, ist es jedenfalls nicht der Fall. Ähnliches berichten die meisten der oben erwähnten Bezirke. Von 52 geben nur 10 Zunahme an, aus Großstädten hört man, daß sie verhältnismäßig gering auftrete, während man in einer Fabrikmittelstadt bis zu 50 Proz. aller Schulkinder rachitisch gefunden haben will. Des öfteren wird erkennbare Besserung berichtet.

Lästige Verbreitung fanden endlich Hautkrankheiten und Ungeziefer (Läuse- und Krätzeplage).

Unterernährung ist heute leider das wesentlichste Merkmal der deutschen Schuljugend in weiten Distrikten. Die örtlichen Verschiedenheiten sind ganz ausgeprägt. Süddeutschland weist bessere Verhältnisse auf als der größere Teil von Mittel- und Norddeutschland, die ländlichen und industriearmen Bezirke stehen günstiger da. Einzelne Länder, wie Oldenburg, Mecklenburg-Strelitz, Waldeck-Pyrmont, Altenburg können befriedigenden Ernährungszustand durchweg melden, bedenklich und erschreckend aber steht es in den meisten Groß- und Industriestädten und ganz besonders in den Industrie-Großstädten. Ich habe versucht, nach Feststellungen des Deutschen Roten Kreuzes, nach den Angaben für Preußen 1920 (Glaubitt) und nach eigenen Ermittelungen ein möglichst objektives Bild über den Ernährungszustand des deutschen Kindes zu bekommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aber schon die **Feststellung der Unterernährung** macht große Schwierigkeiten. Man hat selbstverständlich versucht, mit Hilfe eines objektiven Maßstabes, eines durch Gewicht und Länge festzustellenden „Index" möglichst unparteiisch die Häufigkeit und den Grad der Unterernährung zu ermitteln. Diese Methoden, insbesondere der Rohrersche Index, haben vollkommen versagt, aber der Versuch mußte gemacht werden. So ist auch die äußerst gewissenhafte und objektive Leitung der deutschen Kinderspeisung durch die Quäker dazu gekommen, die Feststellung des Ernährungszustandes lediglich dem geschulten Arzt zu überlassen. Auf die einzelnen Methoden will ich hier nicht eingehen und bemerke nur, daß jetzt überall die Richtlinien zur Anwendung gekommen sind, nach denen wir von jeher in Halle untersucht haben, und welche Stephani in einer kurzen Anweisung zu formulieren gesucht hat[1]).

Tafel 4. Unterernährung in Halle bei 29017 Schulkindern. April/Mai 1921.

Schulen	Deutlich unterernährt überhaupt Gruppe 2/3 bis 4	Sehr stark unterernährt Gruppe 3 u. 4	Stärkste lebenbedrohende Unterernährung Gruppe 4
Höhere Schulen			
3099 Knaben	798 = 25,7 Proz.	10,8 Proz.	1,1 Proz.
1811 Mädchen	421 = 23,2 „	8,2 „	0,1 „
Mittelschulen			
2967 Knaben	1417 = 47,9 „	32,9 „	5,5 „
2249 Mädchen	1099 = 48,9 „	33,2 „	3,6 „
Volksschulen			
9254 Knaben	3575 = 38,6 „	28,7 „	8,2 „
9637 Mädchen	3959 = 41,1 „	29,7 „	8,4 „
Sa. 29017 Schulkinder . .	11269 = **38,8** Proz.	7722 = **26,6** Proz.	1846 = **6,4** Proz.
4910 Angeh. höherer Sch. .	1219 = 24,9 Proz.	482 = 9,8 Proz.	35 = 0,7 Proz.
5216 „ d. Mittelsch. .	2516 = 48,2 „	1722 = 33,0 „	244 = 4,7 „
18891 „ „ Volkssch. .	7534 = 39,9 „	5518 = 29,2 „	1567 = 8,3 „

Zeitliche Schwankungen.

Es waren **„sehr stark unterernährt"** (Gruppe 3 und 4).

	In höheren Schulen	In Mittelschulen	In Volksschulen
Ende 1920	31,0 Proz.	27,7 Proz.	35,9 Proz.
Mai 1921	9,8 „	33,0 „ (?)	29,2 „

Extrem (lebenbedrohend) unterernährt (Gruppe 4).

Ende 1920	10,5 Proz.	5,0 Proz. (?)	13,1 Proz.
Mai 1921	0,7 „	4,7 „	8,3 „

[1]) In Halle wurde der Index ermittelt, die Bestimmung über Zulassung zur Speisung lediglich vom Arzt getroffen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel 4 zeigt die für Halle gefundenen Zahlen. Sie sind von drei hauptamtlich tätigen Schulärzten, die in ständiger persönlicher Verbindung sich auf möglichst einheitliche Beurteilung geeinigt haben, ermittelt worden, aber auch aus ihnen geht ein gewisser Subjektivismus hervor (vgl. die Ziffern über Mittelschulen, in denen die Beschaffenheit tatsächlich nicht die allerschlechteste ist). Auch diese für Halle sorgfältig ermittelten Zahlen sind nach einer Richtung hin falsch. Es ist oft schwer zu unterscheiden, ob ein Kind als mäßig stark oder stark unterernährt bezeichnet werden soll, und so gibt es gewisse Schwankungen. Wir haben außer dem allgemeinen Ernährungszustande besonders berücksichtigt auch auffallende Haut- und Schleimhautblässe, Fettschwund, besonders in der Augenhöhle, geringe Spannung der Gewebe. Bei Mädchen ist es wichtig, zu berücksichtigen, daß sie von Natur zu einer gewissen Fülle neigen, bei Schwund des eigentlichen Gewebes einschließlich des Fettes durch Nahrungsmangel oft Wasser im Gewebe zurückhalten und so äußerlich besser scheinen, als sie sind. Unsere Zahlen sind aber nur allzu richtig in anderer Richtung. Sie enthalten manche Unterernährte nicht, aber sie enthalten niemals Leidlichgenährte, sie sind also insofern vollkommen verläßlich, als sie **Mindestziffern** darstellen, die bei weiterer Richtigstellung nur höher werden können. Kontrollen durch Ausländer im Jahre 1919 und jetzt haben ergeben, daß wir in unseren Ansprüchen an leidliche Ernährung äußerst bescheiden geworden sind. Ausländische, „normale" Untersucher würden nach ihrer eigenen Aussage [Prof. Brandt (Christiania), Professor Tendelo (Leyden)] unsere Zahl mindestens verdoppeln. Ähnlich steht es bei den Untersuchungen in anderen Orten, und so sind auch die in Tafel 4 und 5 aufgeführten Ziffern in einzelnen anfechtbar, sehr zuverlässig aber insofern, als sie keine Übertreibungen enthalten.

Demnach waren im Frühjahr 1921 in Halle **38,8** Proz. aller Schulkinder stark unterernährt, 26,6 Proz. sehr stark und 6,4 Proz. extrem unterernährt. — Wie steht es bei der **Gesamtheit der Großstädte und Industrieorte?** Nach Durchrechnung und Auswertung der Ziffern für 37 deutsche Städte mit 2 447 614 Kindern, wie sie das Rote Kreuz (Dr. Haustein) zusammengestellt hat, ergibt sich für diese eine folgenschwere Unterernährung bei mehr als 35,5 Proz., unter Ausscheidung einiger Fehlerquellen für 28 Orte bei **39,2 Proz.**; in 20 preußischen Groß- und Industriestädten nach den Listen von Glaubitt eine solche von **52,5 Proz.**, in 66 Orten oder Kreisen Preußens (Glaubitt) eine solche von **40 bis 45 Proz.**

In Baden sind in den fünf größten Städten von 89 106 Schulkindern stark unterernährt **42,2 Proz.**, in Sachsen von 602 344 Schulkindern **50,3 Proz.** Diese Ziffern weichen nicht eben stark voneinander ab. Man kommt also zu der objektiven Feststellung, daß von allen deutschen Schulkindern, soweit nicht vorwiegend ländliche Verhältnisse in Frage kommen, über 40 Proz., also nicht viel weniger als die Hälfte derart unterernährt sind, daß bei den meisten Hilfe notwendig ist. Zu dem gleichen Ergebnis kommt auf Grund seiner Unterlagen Glaubitt (s. Tafel 5).

Welche **Altersklassen** am meisten betroffen sind, läßt sich nicht allgemein sagen; vorwiegend werden die Jüngeren und Jüngsten, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel 5. Ernährungszustand von Schulkindern in 20 Industriestädten und -kreisen 1920.

Gesamtzahl der Untersuchten: 247 487 (nach Glaubitt).

Schulen	(Gruppe 3) Schwer unterernährt Proz.	(Gruppe 4) Sehr schwer unterernährt Proz.	(Gruppe 3 u. 4) Schwer und sehr schwer Unterernährte Proz.
Berlin (13 Volksschulen) . .	37,1	9,0	46,1
Berlin-Mariendorf	52,8	22,4	75,2
Berlin-Steglitz	11,7	6,6	18,3
Forst, Stadt	28,8	1,2	30,0
Frankfurt a. d. O., Stadt . .	49,3	0,9	50,2
Stettin, Stadt	41,4	6,4	47,8
Breslau, Stadt	57,2	5,4	62,6
Hindenburg, Stadt	19,3	4,4	23,7
Königshütte, Stadt	16,0	42,0	58,0
Tarnowitz, Land	35,4	57,0	92,4
Neustadt, O. S., Stadt . . .	44,7	14,5	59,2
Altona, Stadt	39,0	12,8	51,8
Wilhelmsburg, Stadt (Lüneb.)	23,9	19,8	43,7
Bottrop, Stadt	29,7	15,5	45,2
Bielefeld, Land	30,1	30,9	61,0
Unna, Stadt	32,8	20,1	52,9
Herne, Stadt	36,1	5,0	41,1
Cassel, Stadt	40,0	11,1	51,1
Eschweiler, Stadt	37,0	11,0	48,0
Aachen, Stadt	42,0	15,7	57,7
Sa. . .	42,5	10,0	52,5

Tafel 6. Körperlänge und -gewicht in Volksschulen in Halle.

Schluß des Schuljahres 1920/21.

Klasse	Größe cm	An der Sollgröße nach Camerer fehlen cm	Gewicht kg	Am Sollgewicht nach Camerer fehlen kg
		7590 Knaben.		
VIII	112,5	2,5	19,66	3,34
VII	118,2	1,8	21,6	3,4
VI	121,9	3,1	23,4	4,1
V	127,5	2,5	25,9	4,1
IV	132,5	2,5	27,8	4,7
III	136,2	3,8	29,9	5,1
II	140,9	4,1	32,3	5,2
I	143,9	7,1	35,4	5,6
		6756 Mädchen.		
VIII	112,5	0,5	18,3	2,7
VII	117,6	0,4	20,9	2,1
VI	121,9	1,1	22,6	2,4
V	127,5	0,5	25,3	1,7
IV	132,8	0,2	27,7	1,3
III	136,8	2,2	30,3	1,7
II	142,1	3,9	33,1	3,9
I	147,6	5,4	36,9	6,1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

während ihrer ganzen Lebenszeit Kriegsverhältnisse zu erdulden hatten, als die meist Betroffenen bezeichnet, an manchen Stellen wird betont, daß die Schulanfänger normales und erst die 14jährigen deutliches Mindermaß aufweisen (Nürnberg). In Halle beobachten wir eine ziemlich gleichmäßige Abnahme der Körperlänge und des Gewichtes und bei den Ältesten stärkere (Tafel 6). In einem Oldenburger Lyzeum hat man dagegen bei übrigens hinreichender Ernährung in der jüngsten Klasse Längenzunahme bei Gewichtsabnahme beobachtet, während in Frankfurt a. M. aufweisen:

Schulanfänger,	Knaben	minus 0,7 kg	gegen die Befunde 1910
„	Mädchen . . .	„ 1,3 „	
14jährige,	Knaben	„ 0,9 „	
„	Mädchen . . .	„ 1,2 „	

und in Wiesbaden. . Schulanfänger minus 1,5 cm und minus 0,9 kg.

Deutliches Zurückbleiben im Wachstum (Kleinwuchs) ist sehr häufig festgestellt (u. a. in Halle, Cöln, Mainz, Frankfurt, Wiesbaden).

Einzelne Städte geben ausdrücklich an, daß die Angehörigen der höheren Schulanstalten dürftiger als Volksschulkinder genährt sind (Hannover). Im allgemeinen stehen diese aber etwas schlechter als die höheren Schüler da, obwohl auch diese merklich gelitten haben; den günstigsten Ernährungszustand weisen äußerlich auf, keineswegs aber etwa den günstigsten Kräftezustand, die Schülerinnen der Lyzeen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in Groß- und Industriestädten 40 bis 50 Proz., in Mittelstädten 20 bis 50 Proz. aller Schulkinder in stärkerem Grade unterernährt sind, und daß fast durchweg auf dem Lande die Ernährungsverhältnisse befriedigend oder gut sind, wenn sie es hier auch vor dem Kriege waren.

Nun leben von 17 195 385 Kindern im Alter von 0 bis 15 Jahren in Großstädten mit mehr als 100 000 Einwohnern 3 336 469, in Mittelstädten (10 000 bis 100 000 Einwohnern) 3 437 245, in Orten unter 10 000 Einwohnern 10 421 661[1]). Dem Schicksal der Großstadtkinder im engeren Sinne sind also ausgesetzt 19 Proz. dieser Kinder, und von den Schulkindern im Alter von 6 bis 15 Jahren 2 583 530 (von insgesamt 13 374 768 Schulkindern), also auch rund 19 Proz. Über die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Industriegebiete stehen mir keine Unterlagen zur Verfügung. Jedenfalls handelt es sich um Millionen von Kindern und Jugendlichen.

Die Kinder intelligenterer Kreise ohne Unterschied des Standes und der Volksschicht stehen durchschnittlich besser auch in ungünstigen Bezirken da.

Zu einem erheblichen Teil auf Unterernährung zu beziehen ist die Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit, größere Zerstreutheit, geringeres Konzentrationsvermögen, geistige Ermüdbarkeit. Sie wird ausdrücklich aus 12 Bezirken berichtet, verneint in 9, darunter auch einigen Großstädten, und kaum gefunden auf dem Lande.

Fast überall wird eine deutliche, jetzt auch zahlenmäßig faßbare Besserung des Ernährungszustandes gemeldet.

5. Die **körperliche Verfassung der Jugendlichen** zwischen 15 und 20 Jahren ist weit schwerer als bei den Schulkindern zu ermitteln.

[1]) Vierteljahrsheft der Statistik des Deutschen Reiches XX, Heft 4, Volkszählung vom 8. Oktober 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der **Ernährungszustand**, in Mittel- und Kleinstädten sowie auf dem Lande meist als gut angegeben, ist in den Groß- und Industriebezirken zum Teil leidlich (Möglichkeit verhältnismäßig reichlichen Verdienstes), zum Teil schlecht. Als stärker unterernährt geben an: Breslau 94 Proz. (!), Schöneberg 28,4 Proz., Dessau 25 Proz.

Im allgemeinen findet man aber nicht so hohe Ziffern wie bei den Schülern. Wie in Halle, so findet man in vielen Orten die Schulentlassenen klein, elend, vielfach ausgesprochen infantil, während im Jünglingsalter die Verfassung besser wird. Meist ist der Zustand bei Knaben schlechter als bei Mädchen. Die Unterernährung erweist sich mehrfach als entwickelungshemmend durch Mindermaß und Mindergewicht. So fand Kaup Herbst 1920 gegenüber den Ziffern für 1913 bei 14½jährigen Berufsrekruten ein Mindermaß von — 1,73 cm und ein Mindergewicht von — 1,3 kg, während bei 14jährigen das Zurückbleiben erheblich ausgesprochener war (— 2,93 cm und — 1,94 kg). In Leipzig fand man bei Ausgeschulten sogar ein Minus von 5 cm und 4 kg, in Straßburg bei Lehrlingen ein solches von 2 cm und 3 kg.

Zunahme der Tuberkulose bei Jugendlichen wird 11mal ausdrücklich angegeben, 6mal verneint. Sie hat sich in Leipzig verdreifacht (über die Vermehrung der Tuberkulosesterblichkeit bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen s. o. Tafel 2).

Die Verbreitung der „Geschlechtskrankheiten", zahlenmäßig wegen des Mangels der Meldepflicht nicht faßbar, ist bei Burschen und besonders bei Mädchen ganz zweifellos stark angewachsen. 10 Bezirke geben ausdrücklich starke Zunahme an und betonen die starke Verbreitung der Gonorrhoe bei Mädchen.

Die Zunahme der Tuberkulose, wie auch besonders der Geschlechtskrankheiten, hängt unmittelbar zusammen mit dem Mangel an genügender Aufsicht, der in sehr vielen Familien, auch solchen „gebildeter Kreise", einen unbegreiflichen Grad angenommen hat. Ungezügelte Vergnügungssucht (Kino, Besuch zweifelhafter Lokale und Tanzvergnügen) leisten der Verbreitung beider Infektionen Vorschub. Der leichtfertige Verkehr hat schon bei den schulentlassenen Mädchen vielfach einen unglaublichen Umfang angenommen. Tabak-, in letzter Zeit auch Alkoholmißbrauch sind körperlich und wirtschaftlich stark schädigende Faktoren geworden, gegen die bis jetzt nichts oder wenig geschieht; ältere Schüler und Fortbildungsschüler, sowie Schülerinnen von kinderhaftem Aussehen rauchen gewohnheitsmäßig, nicht selten in Gegenwart der Lehrer. In unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhange mit solchem Unfug steht vermutlich auch das Auftreten der mehrfach beobachteten Spätrachitis bei Jugendlichen.

Die über den Zustand unserer Schulkinder gemachten Ausführungen vermag ich durch eine große Zahl von Lichtbildern zu beleuchten. Derartige Aufnahmen sind sehr nützlich zur Aufklärung Neutraler und auswärtiger Freunde; sie erfüllen aber nur dann einen Zweck, wenn sie nicht etwa groteske Einzelfälle wiedergeben, wie wir sie in großer Zahl vorführen können, und wie sie auch in jedem Auslande sich finden, sondern sie müssen einwandfrei die durchschnittlichen Verhältnisse wiedergeben. Wir haben daher ganze geschlossene Schulklassen und ganze Schulen ohne Auslese aufgenommen, und zwar Knaben und Mädchen der Volks- und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mittelschulen. Man sieht (Projektion) auf allen Bildern deutlich die starke Magerkeit der Kinder bei Knaben wie bei Mädchen, das Zurückbleiben im Wachstum im Vergleich zur Sollgröße nach Camerer, man sieht aber auch, daß von stärkeren rachitischen Verbildungen in erheblicherem Umfange nicht die Rede sein kann. Die Sollgröße nach Camerer habe ich auf Rat von Fachphysiologen als mehrfach angewendeten Maßstab benutzt. Man kann einwenden, daß sie nicht der Normalgröße gerade unserer Schuljugend entspreche; dieser Fehler wird aber dadurch reichlich ausgeglichen, daß nach Klassen und nicht nach Altersstufen gruppiert wurde, und daß somit schon in den mittleren und besonders in den höheren Klassen infolge der Miteinstellung der zahlreichen Remanenten das Durchschnittsalter weit höher ist, als dasjenige, dem die Sollgröße entspricht. Die Erfolge der Erholungskuren mit ihrer außerordentlichen Wachstumsbeförderung (s. u.) beweisen außerdem das gleiche, was die Bilder zeigen, daß nämlich zum großen Teil ein Zurückhalten des Wachstums tatsächlich besteht.

IV. Von Maßnahmen zur Verhütung und Heilung

führe ich lediglich die wesentlichsten kurz an. Nur besonders wichtige und bisher ungenügend gewürdigte Gesichtspunkte sollen etwas näher erörtert werden.

Während fast alle akuten übertragbaren Krankheiten in der Kriegs- und Nachkriegszeit, soweit sie vom Gesetz getroffen werden, keine Zunahme oder selbst Abnahme zeigen, die wissenschaftlich begründete deutsche Seuchenbekämpfung sich also praktisch unter den allerschwersten Verhältnissen in einem Grade bewährt hat, den man ohne weiteres nicht erhoffen durfte, lassen wir eine ganz unnütze, an sich leicht verhütbare Verseuchung des Volkskörpers mit Gonorrhoe und Syphilis zu, ohne daß alles geschieht, was geschehen müßte. Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke leisten nur für diese selbst etwas. Die Verhütung dieser Seuchen ist kaum über bescheidene Anfänge hinausgekommen. Wir sehen das leichtfertige, durch völlige Unwissenheit über die möglichen Folgen wesentlich geförderte Gebaren unserer Jugendlichen; wir nehmen eine unbegreifliche Apathie der Eltern wahr. Nichts ist natürlicher, als den zur Schulentlassung Kommenden, bei denen die Gefährdung schon einsetzt, die Wahrheit zu sagen. In Halle — der Stadt des Pietismus! — haben wir ohne jeden Widerspruch der Geistlichen, unter lebhafter Förderung der Eltern- und auch der Lehrerschaft seit 1908 die zur Entlassung kommenden Schüler aller Schulgattungen einschließlich der Fortbildungsschulen und der Schülerinnen der Mittel- und Volksschulen über das Wesen und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten sachlich und rücksichtslos aufgeklärt, vorher ähnliche Vorträge für Mütter gehalten und diesen damit Gelegenheit gegeben, sich über die Warnung ihrer Kinder durch die Schulärzte schlüssig zu werden. Diese Vorträge enthalten lediglich gesundheitliche Warnungen, sie haben nichts mit sogenannter „sexueller Aufklärung“ zu tun. Unseren Eltern und uns erscheint nichts natürlicher und einwandfreier als dieses Vorgehen. Was geschieht aber sonst auf diesem Gebiet? Von 52 Bezirken hat man sich nur in 3 zu Vorträgen für Schülerinnen entschließen können, nur in 7 zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solchen für Knaben der Volks- und Mittelschulen, nur 8 Städte kennen sie für Fortbildungsschüler, nur 14 für die Abgehenden der höheren Schulen. Viele Berichte sprechen von starkem Widerstand der zuständigen Stellen, 32 künden überhaupt keine Absichten in dieser Beziehung an. Ich halte es für einen ganz unhaltbaren Zustand, daß man einer derart ernsten Gefahr gegenüber sich weiterhin passiv verhält. Auch Aufklärung der weitesten Bevölkerungskreise durch Wort und Bild muß in weit größerem Umfange betrieben werden. Ich erinnere hier an die Möglichkeiten, welche die für solche Zwecke besonders zusammengestellte kleine Ausstellung[1]) des National-Hygiene-Museums in Dresden und der Film der D. G. B. G. gewähren. Alles fernerhin, was der geistigen und sittlichen Verwahrlosung entgegenarbeiten kann, gehört in dieses Gebiet. Freiheit darf nicht mit Zügellosigkeit verwechselt werden, und wirkliche Freistaaten sollten sich nicht von einer Überzahl jener „Vergnügungslokale" überschwemmen lassen, wie sie als gewisse Bars, Dielen usw. gegen Entgelt lediglich der Lockerung der Sitten dienen. Die Bestimmungen, welche leichtfertige Geschlechtskranke wegen Gefährdung anderer unter Strafe stellen, werden kaum angewandt. Die weitgehende, wenn auch nicht absolute Möglichkeit der Vorbeugung durch „Körperschutzmittel", d. h. durch rechtzeitige Anwendung desinfizierender Mittel, wenn Trieb und Leichtsinn schon einmal Oberhand gewonnen haben, wird kaum benutzt. Täglich noch werden Ehen eingegangen, ohne daß sich die Verantwortlichen, in erster Linie die Brauteltern, um das Wichtigste — die Gesundheit des Schwiegersohnes — kümmern, obwohl es doch sonst bei allerhand minder wichtigen Akten nicht für „Entwürdigung" gehalten wird, eine polizeiliche Bescheinigung der „persönlichen Unbescholtenheit" beizubringen. Weshalb geschieht das alles nicht? Weil die Beteiligten und Zuständigen zu wenig von diesen Dingen und Zuständen wissen. Man räume also mit derartig verderblicher Unwissenheit auf; wenn schon die Unkenntnis des Gesetzes nicht vor Strafe und Unheil schützt, so ganz sicher nicht diejenige wichtiger Naturgesetze. Ich bin der letzte, der den Wert der „Moral" verkennt. Aber sie muß vertieft werden durch Verständnis, und schließlich ist einer der größten ethischen Werte doch wohl die Wahrheit im Gegensatz zu einer Vertuschung, die nunmehr schuldhaft geworden ist. — Das gilt auch für das ästhetische Gebiet. Ich verweise nur auf die grenzenlose Verlogenheit fast der ganzen „schönen und Unterhaltungsliteratur", den „Naturalisten" Emile Zola nicht ausgeschlossen! In Wirklichkeit ist ja der Held der Liebesgeschichten schon nach dem dritten Abenteuer geschlechtskrank! Und endlich darf gerade ein „freier Volksstaat" nicht an dem Zwang zu überflüssiger und schädlicher sinnlicher Aufpeitschung vorübergehen, der durch schamlose Ausstellung von Schmutz in Wort, Bild und Lichtbild an unseren Jugendlichen von Ausbeutern geübt wird! Zu allen diesen Dingen braucht es keiner neuen Gesetze. Über die etwaige Gestaltung solcher heute nur so viel, daß eine mechanische Übertragung der auf dem Gebiete der sonstigen Seuchenbekämpfung bewährten Vorschriften auf dasjenige der Geschlechtskrankheiten schädlich wäre.

[1]) Preis 2000 Mk.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir müssen also fordern: nicht nur Maßnahmen zur Überwachung und Sanierung der öffentlichen und insbesondere der geheimen Prostitution, sondern auch eine schärfere Überwachung gewisser, vorzugsweise der Prostitution dienender „Vergnügungslokale", ein Verbot der Genußgifte für Kinder und Jugendliche, Schutz der Jugend vor sexueller Aufreizung durch Wort und Bild (zum Teil selbst von jugendpflegerischen Gruppen der äußersten Linken gefordert!), rückhaltlose Aufklärung der Bevölkerung über die sogenannten Geschlechtskrankheiten durch erfahrene Ärzte, Einführung des Heiratsscheines (Gesundheitszeugnisses) zunächst für den Mann vor der Eheschließung.

Die sonstigen hygienischen und sozialen Maßnahmen zum gesundheitlichen Schutz unserer Kinder und Jugendlichen haben sich gerade in Deutschland selbst in so harter Zeit bewährt: Trotz spezifisch ungünstiger heißer Jahre mit Kriegsnot, Milchmangel, Mangel an natürlicher Nahrung (Brustmilch), an Pflegemitteln, trotz zurzeit grauenvoller Wohnungsnot keine stärkere Sterblichkeit der Säuglinge, keine Vermehrung der akuten übertragbaren Krankheiten, keine eigentliche Degeneration! Die Fortführung und Vertiefung aller jener Arbeiten ist also selbstverständlich, besonders auf dem **Gebiete der Säuglings- und Schwangerenfürsorge** und dem der **Tuberkulosebekämpfung.** Betonen muß ich nur, daß alle Maßnahmen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge — Ernährung wie Pflege — bereits ärztlich-hygienische sind. Das gleiche gilt für die Schwangerenfürsorge, und diese Erkenntnis, daß der Säugling seine ganz besonderen, auf kein anderes Lebensalter zutreffenden physiologischen Entwickelungsbedingungen hat, die nur der Facharzt hinreichend beherrscht, ist noch zu wenig verbreitet, die „Zuständigkeit" daher oft in bedenklicher Verrückung. Vor 10 Jahren bin ich einmal angegriffen worden, weil ich „Säuglingsheime" nicht als geeignete Mittel zu erfolgreicher, d. h. auf breiter Grundlage wirksamer Sterblichkeitsbekämpfung ansehen kann, ihrer unverhältnismäßig großen Kosten wegen sie unter Umständen für relativ schädlich, weil der ganz im Vordergrund stehenden „offenen Säuglingsfürsorge" durch einseitigen Verbrauch der verfügbaren Mittel abträglich halten muß. Heute wird jeder mit solchen Heimen befaßte Dezernent diese schmerzliche Einsicht gewonnen haben, noch nicht aber alle, die es sonst angeht. Ich warne daher davor, von diesen teueren Säuglingsheimen mit ihrem kleinen Wirkungsbereich für die Bekämpfung der gesamten Säuglingssterblichkeit Wesentliches zu erwarten. Als Unterrichts- und Ausbildungsanstalten sind sie dagegen (die immer zu Kliniken werden!), z. B. in Verbindung mit Frauenschulen, unentbehrlich.

Bekannter ist das trotz umgekehrter Entwickelung für die Tuberkulosebekämpfung. Wir wissen, daß wir Heime und Heilstätten brauchen, aber nicht, wie wir sie erhalten oder gar neu bauen sollen. Die offene Tuberkulosefürsorge kann — solange die jetzige Wohnungsnot besteht — nicht alles leisten, obwohl ihre Arbeit unentbehrlich bleibt und auch in schlechter Wohnung manches zu machen ist; die Erkenntnis, daß praktisch nur der feuchte vom Schwindsüchtigen ausgehustete „Staub" mit seinen Auswurftröpfchen gefährlich ist, öffnet manche einfache Möglichkeit. — Jedermann gibt zu, daß wir in erster Linie die gefährdeten Kinder zu bewahren haben. Man sorgt für Erholungskuren, bessere Ernährung, für Wald-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erholungsstätten. Aber man vergißt, daß Kinder aus Wohnungen, wo sie wegen Raumnot mit dem hustenden Phthisiker zusammenschlafen müssen, Nacht für Nacht in einen Raum zurückkehren, in dem sie dem tuberkulosebazillenhaltigen Sprühregen des Husters ausgesetzt sind, sozusagen in einen Tuberkulose-Inhalierraum! Nicht der Tag, wenn die Kinder im Freien und in der Schule sind, der Hustende oft genug auswärts, sondern die Nacht, die Zeit engsten Zusammendrängens, ist die Gefahrszeit. Daher habe ich für solche Kinder die Schlaferholungsstätte vorgeschlagen, einfache saubere Schlafräume, in die sie nachmittags oder abends kommen, wo sie schlafen und von wo sie nach einfachem fettreichen Frühstück zur Schule gehen. Wir haben vor dem Kriege gute Erfolge und Gewichtszunahmen von 3 bis 5 Pfund in 4 bis 6 Wochen gesehen. Schon der ruhige durch Ungeziefer nicht gestörte Schlaf ist Wohltat. — Im übrigen verweise ich auf die Verhandlungen des Tuberkulose-Kongresses in Elster[1]).

So erdrückend die Belastung des Reiches, der Staaten und insbesondere der Gemeinden ist, auch noch wachsen wird, um einen planmäßigen Ausbau des Gesundheitswesens wie des sonstigen Fürsorgewesens kommen sie nicht herum. Und hier zeigt sich in allem Dunkel der vergangenen und Jetztzeit ein Lichtblick. Durch das Gesetz über Wochenhilfe und mannigfache Ernährungsbestimmungen hat Deutschland zunächst instinktiv und zielsicher seine Kinder geschützt, wie wir sahen, mit relativ gutem Erfolge. Weiter aber haben Reich und Staaten mannigfach versagt, Gesundheitsministerien, eine alte Forderung auch erfahrener Verwaltungsbeamter, fehlen! Dagegen haben die Gemeinden — schon in traurigster Zeit des „Hl. Röm. Reiches teutscher Nation" die einzigen Erhalter des deutschen Volksgedankens — entschlossen einen Schritt nach dem anderen getan. Die Kleinkinder- und schulärztliche Fürsorge, wie die für Jugendliche wird immer umfangreicher aufgenommen, ein ärztlicher Dezernent nach dem anderen berufen, das Städt. Gesundheitsamt vielerorten planmäßig ausgebaut. Gerade in der Kriegszeit sowie in der Nachkriegszeit hat sich in den Gemeinden, welche rechtzeitig eine derartige Organisation aus eigener Kraft aufgebaut haben, diese in willkommener Weise bewährt und sozusagen rentabel gestaltet. So war eine der ersten Neueinrichtungen vor 14 Jahren, welche auf Veranlassung des Oberbürgermeisters Dr. Rive in Halle vorgenommen wurden, ein zunächst sehr einfach eingerichtetes, aber allmählich ausgebautes stadtärztliches, jetzt mit sechs Ärzten besetztes Gesundheitsamt. Bemerkenswert ist dabei, daß auf Initiative desselben Oberbürgermeisters die an den meisten Orten noch vermißte Einrichtung der schulärztlichen Erfassung sämtlicher städtischer höherer Schulen getroffen wurde, und daß die Einführung öffentlicher stadt- und schulärztlicher Sprechstunden als etwas Selbstverständliches erschien (s. unten). Wir waren daher in der Lage, rechtzeitig lückenlose „Gesundheitskataster" anzulegen, und die Stadt hatte davon den Vorteil, jederzeit nach fertig vorliegenden Listen einspringen zu können, wenn in anderen Bezirken des Reiches Erholungstransporte ausfielen oder sehr rasch zu entsprechenden Anforderungen hilfsbedürftiger Kinder nicht genügt

[1]) Abel, Tuberkulose und Wohnung. Verhandlungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose 1921.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden konnte. Auch für die übrigen Maßnahmen ist ein solches Amt, bestehend aus einer schulärztlichen Abteilung (der wichtigsten!), der stadtärztlichen, der kinderärztlichen und der polizeiärztlichen, kaum entbehrlich. Die „Gesundheitsfürsorge", d. h. die soziale Hygiene, eine Sache der ärztlichen Fachmänner, kann der rein wirtschaftlichen und kulturellen Fürsorge nicht entbehren. Nur über den neuen Begriff des „Fürsorge"- oder „Wohlfahrtsamtes" bestehen noch bemerkenswerte Unklarheiten. „Ein" Wohlfahrtsamt unter größeren Verhältnissen gibt es überhaupt nicht, oder vielmehr fast die ganze städt. Verwaltung ist „Wohlfahrtsamt". Im engeren Sinne setzt es sich zusammen aus dem bisherigen „Armenamt" (Armendirektion), „Gesundheitsamt" (Stadtarzt, Kreisarzt), „Jugendamt", „Wohnungsamt". Dazu kommen für engere Mitarbeit Schulverwaltung, Arbeitsamt und Kriegshinterbliebenen-Fürsorge. Die Abgrenzung zwischen dem in engster Verbindung notwendig stehenden Jugendamt und Gesundheitsamt ergibt sich, wenn die „Gesundheitsfürsorge" oder „soziale Hygiene" dem Arzt als bestimmendem Fachmann, alle rein wirtschaftlichen, ethischen, erzieherischen, kulturellen Maßnahmen dem Verwaltungsbeamten als Sachverständigen zufallen. Wieviele Menschenleben eine unzweckmäßige, wenn auch alle „Bestimmungen" erfüllende Handhabung kosten kann, zeigt u. a. mancherorts das Schicksal der unehelichen Säuglinge. Das sollte eine nicht mißzuverstehende Warnung sein. Und umgekehrt habe ich mich selbst davon überzeugen dürfen, wie Außerordentliches ein fachmännisch geleitetes Jugendamt für die Möglichkeiten, körperliche und geistige Gesundheit zu mehren, leisten kann. Die Aufgaben beider Ämter werden derart wachsen, daß sie bei einiger Einsicht nicht mehr über „Konkurrenz" klagen, sondern nach gegenseitiger Hilfe und Förderung rufen werden. Hinsichtlich der Bedeutung der Jugendämter und Jugendpflege darf ich auf die vorjährigen Verhandlungen verweisen.

Dringend empfehle ich den Gesundheitsämtern (Stadtärzten) die Einrichtung einer öffentlichen ärztlichen Sprechstunde. Nicht von allen Fachärzten gleichmäßig anerkannt (vergl. z. B. Leubuscher), haben sich diese Sprechstunden ohne unser besonderes Zutun so außerordentlich entwickelt, daß unser Institut in Halle mit einer Besucherzahl von über 30000 im Jahre 1920 wohl eine der größten Beratungspolikliniken in Deutschland, wenn nicht die größte geworden ist. Daraus ergibt sich, daß diese Entwickelung den Wünschen der Bevölkerung entspricht, dem das Gesundheitsamt zu dienen hat. Es verdient bemerkt zu werden, daß wir in der Kriegs-, Revolutionszeit und jetzt niemals erheblichere Schwierigkeiten mit der Bevölkerung gehabt haben, obwohl wir doch keineswegs immer zu geben, sondern von den Ratsuchenden auch sehr viel zu fordern haben, und auch Fernerstehenden bekannt sein dürfte, daß wir in Halle in einem etwas dunkelrosigen Licht atmen. Allerdings haben wir dieselben Grundsätze, die von der gesamten Bevölkerung ohne Unterschied der Parteien heute als richtig anerkannt werden, schon vor dem Kriege befolgt und uns in keiner Beziehung etwa umzustellen brauchen. Dieses Vertrauen und auch die oft recht große Geduld unserer Klienten war und ist einer der Lichtblicke, die uns auch in trostlosen Zeiten die Arbeitsfreudigkeit erhalten haben. Wesentlich ist die ärztliche Berufsberatung, die rechtzeitig im letzten Schuljahr einsetzen muß; von einer solchen berichten nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

26 Gemeinden, während 3 ausdrücklich angeben, daß sie eine solche noch nicht haben. Auch die Einrichtung der allgemeinen ärztlichen Sprechstunde wird nur aus 14 von 27 Großstädten mitgeteilt, in wenigen ist sie „geplant".

Für **Besserung der Ernährung und vorbeugende** wie **Heilbehandlung** erbringen die Gemeinden noch heute Leistungen, deren Größe der Fernstehende nicht ahnt. In den meisten Orten bestanden und bestehen Schulspeisungen (Schulfrühstück und Schulmittag), Milchzuwendungen, Gewährung von Lebensmitteln, Lebertran usw. an unterernährte Kinder auf Kosten der Bevölkerung. Fast jede Stadt und jeder Kreis sendet Hunderte und Tausende von Kindern in Erholungsheime, Bäder, Ferienkolonien. Neben dem Gesundheitswesen wird das Fürsorgewesen ausgebaut. Planmäßige Bekämpfung der Rachitis durch Verabfolgung von Lebertran usw. wird aus zahlreichen Gemeinden gemeldet, eine Reihe von Verwaltungen haben eigene Heime oder Anstalten für Rachitische, häufig wird die Höhensonne angewendet, während der planmäßige Ausbau der Kleinkinderfürsorge überhaupt mit wenigen Ausnahmen erst im Entstehen begriffen ist. — Die Bekämpfung der Tuberkulose und Skrofulose wird fast überall von besonderen Lungenkranken-Fürsorgestellen bewirkt, welche entweder Teile der Gesundheitsämter sind oder in engster Verbindung mit ihnen arbeiten. Viele Städte haben eigene Freiluftschulen oder Walderholungsstätten neu eingerichtet, 10 berichten über eigene Kinderheilstätten oder Erholungsheime, in 3 Gemeinden (von 52) wird die spezifische Tuberkulinbehandlung (meist nach dem Petruschkyschen Verfahren) erwähnt, in Rostock hat v. Brunn Gelegenheit zu Soolbädern in den Schulen durchgesetzt. Die größtenteils vorbeugend wirkenden Erholungskuren für Schulkinder in Bädern, Heimen, Kolonien und auf dem Lande werden eifrig gefördert. Von denen, die zahlenmäßige Angaben geliefert haben, verhalfen im letzten Jahre 7 Großstädte 28616, — 8 Mittelstädte bzw. Landkreise 5253 Kindern zu derartigen Kuren, abgesehen von der gleich zu erwähnenden Auslandshilfe. — Auch die Bemühungen um Besserung der Ernährung bedürftiger Schulkinder sind trotz und neben jener Hilfe nicht ermattet: von 53 Bezirken geben 21 derartige Aufwendungen auf städtische Kosten als Schulfrühstück, Schulmittag, Morgensuppe und Fettfrühstück an; 10 Orte, aus denen zahlenmäßige Angaben vorliegen, haben 25209 Kindern, also durchschnittlich über 2500 Kindern auf Gemeindekosten Zuspeisungen ermöglicht. Diese bis zum äußersten gehenden Anstrengungen im Verein mit überall tätiger privater Liebestätigkeit haben außer unmittelbar gesundheitlichem auch einen anderen Erfolg gehabt: Sie haben mehr und mehr das **Ausland** veranlaßt, zu Hilfe zu kommen und uns das zu leisten, was wir bei bestem Willen nicht mehr leisten konnten. — Die Auslandsvertreter erkennen unser Elend viel schärfer als unsere leidgewöhnten Augen. Ich darf aber auch betonen, daß sie die Not der deutschen Kinder für ebenso groß, ja zum Teil für größer halten als z. B. in Nachbarländern und daß sie einsehen, daß wir nicht genug haben. Daher und infolge der Wahrnehmung, daß wir selbst das Mögliche zu leisten streben, ihre zum Teil wirklich großartige Hilfsbereitschaft. Dann ist aber auch die logische Folge, daß wir den Unseren zuwenden, was wir irgend aufbringen können, und wenigstens nicht in noch so edelmütiger, aber ungerechter Anwandlung Nachbarn Hilfe mit Lebensmitteln (Geld) anbieten, die wir selbst nicht haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jede andere Haltung würde notwendig zur Entziehung großer Auslandsunterstützungen führen, und um diese dürfen wir heute unsere Jugend nicht bringen. Der traurige Milchmangel (vgl. oben Tafel 1) hat bereits verhängnisvoll genug gewirkt; im übrigen darf ich auf Abels Ausführungen auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 1919 verweisen.

Der Umfang der Auslandhilfe ist für die Größe unserer Jugendnot ein ganz brauchbarer „neutraler" Maßstab: es nahmen auf bisher:

Norwegen	2200	deutsche Kinder
Schweden	7564	„ „
Dänemark	9600	„ „
Holland	—	(keine Zahlen mitgeteilt)
Schweiz	25000	deutsche Kinder
	44364	ohne Holland

davon die Schweiz allein über die Hälfte. Viele Kinder wurden längere Zeit von ihren Gastgebern zurückgehalten und noch lange nach Rückkehr mit Liebesgaben bedacht. Ein großartiges Werk ist die Speisung durch die Religiöse Gesellschaft der Freunde (Quäkerspeisung). Sie haben ihre Organisation über Stadt und Land erstreckt, bisher 1075000 Kinder, Jugendliche und Mütter, sowie 1500 Studenten mindestens je 3 Monate lang gespeist und für diese mehr als 1076000 Personen allein im letzten Jahre einen Betrag von rund 36750000 M. aufgewendet (Februar 1920 bis Februar 1921). Allein die mitteldeutsche Organisation (Leipzig, jetzt Weimar) speiste Juni 1921 122284 Personen und wandte bisher auf 35181717 M.

Auch diejenigen, denen das Nehmen sehr schwer wurde, mußten mit der Zeit erkennen, daß hier zum ersten Male nicht Machthaber zueinander, sondern Volk zu Volk sprach, und daß diese Sprache die wirklicher Menschlichkeit und Liebe war.

Müssen wir aber solches für unsere Kinder annehmen — und wir müssen es —, so sollten wir keine Vergeudung an Rohstoffen im eigenen Lande dulden. Und — selbst gewiß kein Pharisäer — muß ich hier der Mahnung von Prof. Gaupp gedenken, der bezweifelte, ob wir wirklich uns große Mengen eines alkoholischen Getränkes leisten dürfen, das Amerika nicht mehr braut, und von dem ein Liter Nährstoffe verschlingt, die für sechs Teller einer nahrhaften Suppe für Kinder ausreichten! Ähnliches gilt von den Luxusausgaben für teuere ausländische Tabake.

Damit komme ich zu den **allgemeinen Maßnahmen.** Alles, was der Verwahrlosung vorbeugt, dient der Minderung der Geschlechtskrankheiten wie der Tuberkulose, der wirtschaftlichen Hebung, und bei dieser ist die Erziehung zur Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftsfähigkeit sehr wesentlich. Der Frau ist ein wichtiger Teil der gesamten Volkswirtschaft, die praktische Bewirtschaftung der Nahrungsmittel und ihre Verwertung anvertraut, und wie ungeheuer viel Volksvermögen und Nahrungswert geht unserer Jugend verloren, weil die Mütter oft keine Ahnung von dem Nährwert der Nahrungsmittel und von richtiger Zubereitung haben. Wir haben einmal die Aufforderung bekommen, sehr rasch einige Hundert Kinder zu benennen, die stark unterernährt seien und bezüglich der Intelligenz über dem Durchschnitt ständen. So leicht wir

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sonst in fast beliebiger Menge unterernährte Kinder melden konnten, hier kamen wir beinahe in Verlegenheit! Es zeigte sich, daß Intelligenz und wirtschaftliches Können ohne weiteres ein Mehr an Gesundheit und Körperkraft zur Folge hat. Auf diesem Gebiet der wirtschaftlichen Aufklärung und Schulung harren der Jugend- usw. Ämter große Aufgaben, denn noch heute wird aus reiner Unkenntnis vergeudet.

Die **Wohnungsnot** hat neben der Ernährungslage entscheidende Bedeutung. Gelingt es nicht, irgendwie ihrer Herr zu werden, so ist Deutschland verloren. Alle Mittel müssen herangezogen werden, da sofortige Besserung einfach unmöglich ist. Ich hebe hervor die Erleichterung der Baupolizeivorschriften, die Beförderung primitiver und gleichwohl nicht unbehaglichen Heimbaues auf dem Wege der Selbsthilfe (Hauptmann Schmude, ein praktischer Sozialist!); ferner alle Anlagen, welche der Entlastung des zurzeit überfüllten Wohnraumes dienen: Siedelung, Kleingärten-, Schrebergärten-, Spiel- und Sportplatz-, Licht- und Luftbadanlagen, deren Unentbehrlichkeit im steigenden Maße anerkannt wird. Wie diese haben unmittelbar gesundheitliche Bedeutung auch Maßnahmen zur Reinigung der Wohnungen von Ungeziefer. Die Floh-, Wanzen- und Läuseplage ist außerordentlich; Fleckfieber und periodisches Fieber werden durch Läuse, Rückfallfieber durch Wanzen weiterverbreitet. Wir haben in der Blausäure, zum Teil auch in der schwefligen Säure neuerdings zuverlässige Entwesungsmittel kennen gelernt. Ein bei Einhaltung der Vorschriften ungefährliches und wirksames Verfahren ist das Zyklonverfahren der Deutschen Gesellschaft zur Schädlingsbekämpfung, das wir in Halle eingeführt und in wenigen Monaten 40mal erfolgreich zu Wohnungsentwesungen verwendet haben. — Die Bekämpfung der Kopfläuse in den Schulen gelingt ausgezeichnet und verhältnismäßig billig nach dem Verfahren von Dr. Schnell mit Essigäther[1]).

Die **Turn- und Sportbewegung** nimmt einen stärkeren Aufschwung als je zuvor. Sie ist nicht nur für Körperausbildung und Charakterbildung unentbehrlich, entzieht die Jugend den allzu engen Wohnungen und den Schäden der Domestikation, sie hat auch unmittelbar für Nahrungsausnutzung und Ernährung entscheidende Bedeutung. Diese Dinge sind noch allzu unbekannt. Wir sehen folgendes: Die bodenständige, festgewurzelte Pflanze gedeiht am üppigsten bei Ruhe und üppiger Ernährung („Düngung"). — Tier und Mensch haben sich vom Boden gelöst, tragen ihre Wurzeln als Darmzotten in sich, sind auf Lokomobilität eingestellt. Zwingen wir bei üppigster Nahrungszufuhr ein Tier oder einen wachsenden Menschen, oder auch nur einen Körperteil zur Ruhe, so tritt statt Nahrungsaufnahme und Erhaltung oder gar Zunahme sehr starker Schwund der Gewebe ein.

Ein vier Wochen lang eingegipstes athletisches Bein eines noch so gut ernährten Menschen zeigt unglaublich weitgehenden Schwund der Muskeln sowie aller Gewebe von der Haut bis zu den Knochen. Das junge Tier ohne „Auslauf" verkümmert. Umgekehrt treibt das Neugeborene tagelang Leichtathletik, ehe es zur Nahrungsaufnahme schreitet, und unsere abgemagerte Jugend ging in Scharen schon 1919 — ohne Schaden! — auf

[1]) Schnell, Deutsche med. Wochenschrift 1921, Nr. 42.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den grünen Rasen. Arbeit der Zellen und Organe sind die Vorbedingung für Aufnahme zugeführter Nahrung! Erst die Spaltung großer Moleküle, in denen Energien aufgespeichert sind, läßt Energie, Kraft, frei werden. Und dieser Zerfall der Eiweißmoleküle schafft offenkundig die physikalisch-chemischen Vorbedingungen, welche durch starke osmotische Druckschwankungen Ein- und Austausch von Nähr- und Verbrauchsstoffen, also den Stoffwechsel überhaupt erst ermöglichen. Wir sehen im lebenden Gewebe ganz ähnliche Austauscherscheinungen und -bedingungen, wie sie sich zwangsläufig mit großer Kraft in Lösungen bei der Osmose vollziehen [1]).

Mit welchem erstaunlichen intensiven Verständnis für die Wunder der Lebenserscheinungen hat doch das alte Griechenland diese für Körper- und Geistesausbildung ausschlaggebenden Zusammenhänge erkannt! Und wie wenig haben wir trotz aller philologischer Verehrung bisher die Antike verstanden! Also: Arbeit ist Vorbedingung für Nahrungsaufnahme in den Geweben, Turnen und Sport sind planmäßige mit Lustgefühl verbundene Arbeit, ihre Anhänger Menschen, die ihre Erholung noch in der Arbeit suchen! — Man vergleiche damit, wie so viele unseres Volkes noch immer Erschlaffung, Vergiftung und Vergeudung mit „Erholung" verwechseln. Daß Wandel Not tut, sehen die Besten aller Volksschichten gleichmäßig ein. Die verantwortlichen Organe in Gemeinde und Staat aber müssen sich darüber klar sein, daß trotz allen Mangels die Förderung des Sports durch Neuanlagen von Spiel-, Turn- und Sportplätzen, Unterstützung des Wanderns, der Ferienspiele usw. eine Notwendigkeit und fast so wenig Verschwendung ist wie etwa die Ausgabe von Nahrungsmitteln.

Diese Einsicht ist auf dem Marsch. Fast alle Berichte lassen eine Erstarkung der Sportbewegung, zunächst in der Bevölkerung selbst erkennen, aber auch eine zunehmende Förderung durch die Gemeindeverwaltungen: vier Gemeinden haben ein eigenes Amt für Leibesübungen oder einen besonderen Inspektor für solche, in mehreren hat sich ein Stadtverband für Turnen und Sport gebildet, sieben Gemeinden berichten über ausgedehnte Neuanlagen von Turn- und Sportplätzen nach dem Kriege, in mehreren ist ein Stadion im Bau.

IV. Bisherige Erfolge.

Von allen Seiten wird berichtet, daß der körperliche Zustand sich zu heben beginnt, auch die Lehrer klagen weniger als vor zwei Jahren (für Halle zeigt die Besserung oben Tafel 4). Die nach ihrer Konstitution überhaupt besserungsfähigen Kinder kommen von den Inlandkuren, besonders aber von den Auslandkuren zum größten Teil außerordentlich gebessert zurück. Der Gehalt des Blutes an dem für die Atmung wichtigen Blutfarbstoff hat meist um 10 bis 15 Proz. und mehr zugenommen. Gewichtszunahmen bis zu 15 Pfund in drei Monaten sind keine Seltenheit, solche von 5 bis 8 Pfund werden sehr häufig beobachtet. Insbesondere aber zeigt sich, wie die verstärkten Lebensreize die bisher zurückgehaltene

[1]) Es handelt sich um Erscheinungen, die allem Anschein nach den gleichen Gesetzen wie die des osmotischen Austausches folgen, ohne daß bei der Aufnahme kolloider Substanzen (Eiweißmoleküle) etwa von Osmose selbst gesprochen werden kann. Die besonderen physiologischen Eigenschaften der Gewebe und Zellen bringen aber offenkundig Austauscherscheinungen unter Bedingungen zuwege, wie wir sie bei der Osmose diffundierbarer Stoffe (Sole) sehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entwickelung gefördert haben, in Wachstum: bei der Mehrzahl der Kinder wird das Wachstum eines halben und selbst eines ganzen Jahres in drei Monaten nachgeholt und wir haben Zunahmen der Körpergröße bis zu 5 cm binnen dieser Zeit beobachtet. Die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit ist gestiegen, die Kinder vermögen etwaige Schulversäumnisse unschwer nachzuholen. Aus grämlichen stillen Kindern sind lustige Geschöpfe mit gewaltigem Betätigungsdrange geworden.

Auch die große Masse der von den Quäkern Gespeisten, nach vielen Tausenden in fast allen beteiligten Bezirken zählend, läßt jetzt eine ganz deutliche Besserung erkennen: Die Füllung und Spannung der Gewebe, die als qualitative Verbesserung nicht ohne weiteres ihren quantitativen Ausdruck in einer Gewichtszunahme findet, hat sich deutlich gebessert. Es dauerte 6 bis 9 Monate, bis solche Erfolge bei den außerordentlich stark Unterernährten zahlenmäßig feststellbar wurden, jetzt wird aber auch die Gewichtszunahme aus fast allen Bezirken gemeldet. Der Erfolg drückt sich auch darin aus, daß der Ernährungszustand bei der großen Masse der Schulkinder gegenüber dem Jahre 1919 sich wesentlich gebessert hat, die Zahl der „stark Unterernährten" deutlich zurückgeht (s. Tafel 4).

Bei nicht Wenigen sieht man aber weder von der Speisung noch von längeren In- und Auslandkuren irgend eine erhebliche Besserung. Bei solchen Kindern muß auf eine die Besserung verhindernde Grundkrankheit gefahndet werden. Oft wird eine solche auch nach jahrelanger Bemühung nicht gefunden, und solche Kinder müssen den konstitutionell Schwächlichen zugerechnet werden, die die nötigen Erbwerte nicht besitzen, keine Kraftnaturen sind und auch nicht zu solchen gemacht werden können. Besonders deutlich wird das bei Kindern gutgestellter Kreise beobachtet, die trotz aller Pflege und bei guter Ernährung körperlich kümmerlich bleiben. Auch hier hat es sich wieder gezeigt, daß durchschnittlich die physisch Kümmerlichen auch psychisch und intellektuell nichts Besonderes leisten, eine bei uns statistisch erhobene Tatsache, die den Griechen ganz geläufig war, welche die Leistungsfähigen als „Schöne und Tüchtige" (*καλοὶ κ'ἀγαθοί*) bezeichnen. Diese Ermittelungen haben die praktische Bedeutung, daß die als konstitutionell minderwertig Befundenen im wohlverstandenen sozialen Interesse von weiteren unnützen Zuwendungen ausgeschlossen werden müssen zugunsten derer, die Not leiden und besserungsfähig sind. Nach unseren Beobachtungen ist die Zahl der konstitutionell Schwachen gar nicht gering und mit 5 bis 10 Proz., kaum aber unter 5 Proz. der Gesamtheit anzunehmen.

Ich fasse zusammen: Dank der außerordentlichen Anstrengung des deutschen Volkes[1]) ist die körperliche Not der Jugend in Deutschland nicht so groß, wie man fürchten durfte.

Unter den Krankheiten gewinnen Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten eine beachtliche Bedeutung, die Rachitis ist besonders in ihren

[1]) Zusatz bei der Durchsicht: Man kann nur mit Entsetzen daran denken, wie stark die ehrlichen Bemühungen des deutschen Volkes um Erfüllung dieser heiligsten und natürlichsten Pflicht durch den neuen Verlust in Oberschlesien beeinträchtigt werden müssen! Verf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schweren Formen im Zunehmen, ohne daß die Dinge hoffnungslos liegen. Die Unterernährung ist — auch wenn man einen sehr strengen (bescheidenen) Maßstab anlegt — in städtischen und industriellen Bezirken heute noch ganz gewaltig verbreitet. Sie beginnt abzunehmen, während die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten noch in langsamem Zunehmen sind. Die seelische Gefährdung der Jugend zeitigt unheilvolle gesundheitliche Folgen. Die Anstrengungen der Nation, d. h. des gesamten Volkes in allen seinen Kreisen, Schichten und Gruppen, sind anerkennenswert, können aber noch gesteigert werden. Eine Verderbnis im Keim (Verschlechterung des Stammes oder der Rasse) besteht nicht.

Spielstraßen oder der kürzeste Weg ins Freie.

Von Dr. C. Hamburger, Augenarzt in Berlin.

Die Not der Kinder wächst immer mehr: die Stadt Berlin hat aus finanziellen Gründen die Außenspielplätze schließen müssen; in anderen Großstädten steht es nicht viel besser. Und doch ist, neben der Ernährung, für die Jugend nichts so wichtig wie konsequenter Aufenthalt im Freien. „Denn nur im Freien entfalten Sonne, Wind und Luft ihren mächtigen Einfluß auf den Organismus."

Hygiene kann in der Großstadt nur nach dem Prinzip der Dezentralisation getrieben werden: nur was bequem zur Hand ist, wird ausgenutzt. Nach Flügges[1]) glücklicher Definition unterscheidet sich das Haus auf dem Lande in hygienischer Hinsicht nicht durch die Bauart von dem in der Großstadt, sondern durch die Möglichkeit, leicht und bequem ins Freie zu kommen.

Warum kühlt die Straße der Großstadt selbst am Abend so schwer aus? Weil die Häuser und die Steine die sommerliche Hitze, die sie tagsüber einsogen, erst abends und nachts wieder ausstrahlen.

Wenn die Steine schuld sind — geht es nicht ohne sie? Die Häuser, selbst die scheußlichen Mietskasernen, können wir freilich nicht entbehren — aber müssen alle Straßen gepflastert sein?

Ich wage den Vorschlag, Spielstraßen zu schaffen.

Die alte Bauordnung Berlins (vgl. Eberstadt, Handbuch des Wohnungswesens) hat zwei wichtige Folgen gehabt: die tiefgeschnittenen Häuserblocks (mit Quergebäuden und Seitenflügeln) und die riesenbreiten Straßen. Die Baupolizei schreibt eine Straßenbreite von nur 22 m vor, gleich der Häuserhöhe; die Straßen sind aber meist viel breiter: durchaus verkehrsarme Zwischenstraßen, an der „Peripherie" oder im Zentrum, sind 30, 40, ja 56 m breit. In der weit im Norden gelegenen Usedom-, Gericht-, Hochstraße usw. ist der Bürgersteig breiter als „Unter den Linden"; in der Rathenowstraße (Westseite) fast doppelt so breit! Diese sinnlose Raumverschwendung sollte jetzt nutzbar gemacht werden.

[1]) Carl Flügge, Großstadtwohnungen und Kleinhaussiedlungen. Jena, Gustav Fischer, 1916.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausgeschlossen von meinem Plane bleibe jede Straße mit Straßenbahn- oder Autobusverkehr. Was aber spräche dagegen, die riesenbreiten verkehrsarmen Straßen der sogenannten „Peripherie" — von wo aus oft noch 3 bis 5 km ins wirklich Freie zurückzulegen sind — in Spielstraßen zu verwandeln? Hierzu ist nur nötig:

1. Ersatz der Pflastersteine (die man verkaufen kann!) durch Erde;

2. Verschmälerung der sinnlos breiten Bürgersteige; am überlasteten Hackeschen Markt ist das Trottoir nur 2 m breit; für verkehrsarme Gegenden genügt dies also unbedingt — man denke an die einseitig bebauten Straßenzüge, gegenüber von Kirchhöfen, Kasernen, Hospitälern, z. B. an dem riesigen Virchowkrankenhause.

Man entferne also die Steine und belasse nur einen Fahrdamm von höchstens 3 bis 4 m Breite, auf dem sich zwei Wagen eben ausweichen können. Alles andere wird den Kindern freigegeben; Rasenstreifen (die ja höchstens dekorativ wirken) sind gar nicht nötig — für das Auge ist schon genug geschehen —; spielende Kinder sind wichtiger als Tulpenbeete. Nur Sand und Erde sind erforderlich mit ihren unbegrenzten Möglichkeiten. Genaueres findet man in meiner kleinen Broschüre „Spielraum für Großstadtkinder". Leipzig, B. G. Teubner, 1919[1]).

Der Fahrdamm brauchte nur 2 m breit zu sein (die Spielfläche wird dadurch noch breiter!), wenn man sich zu der Bestimmung entschlösse: ganz verkehrsarme Straßen dürfen nur in einer Richtung befahren werden; ein Pfeil an der Ecke gibt die Richtung an. In zahlreichen Städten besteht diese Sitte, weil die Straßen sehr eng sind. Die Hygiene kann gleiche Rücksicht fordern.

Von der größten Bedeutung wird die Spielstraße für das „Kleinkind" sein, das noch im Kinderwagen liegt oder eben zu laufen anfängt. Es war schon in Friedenszeit ein Ereignis, wenn Mutter und Kind endlich zum Ausgehen fertig waren. Und vollends jetzt! Bei diesen Verkehrspreisen und diesem Personalmangel, und speziell in Berlin, wo fast nirgends ein Hinterhaus Balkons besitzt. Im Bereich des Hauses wird das Kleinkind nunmehr ohne großen Apparat frische Luft genießen, der Säugling am Abend (zum Schutz gegen die Wärmestauung!) ins Freie gebracht werden können. Man hat Schulschwestern ausgebildet, man sollte auch „Spiel"- oder „Straßenschwestern" ausbilden.

Gewiß, Landluft wäre besser, die haben wir aber nicht; nach Flügge ist die bewegte Luft der Straße noch immer weit besser als die stagnierende in den Wohnungen, wo — man denke an die jetzigen Zustände — oft im gleichen Raume gekocht, gegessen, gewaschen, getrocknet, geschlafen wird. Niemals ist, wiederum nach Flügge, die Straßenluft an Infektionen beteiligt.

Man mache den Versuch; sogleich! Es gibt nichts Dringenderes! Am lohnendsten wird die Neuerung an einer der schönen, mit vier Baumreihen bestandenen, nur einseitig bebauten Uferstraßen sein. Für Berlin würde ich als erste Anlage dieser Art das „Planufer" empfehlen, zwischen Johanniter- und Bärwaldstraße: es ist sehr breit (mehr als 34 m! bei nur einer Häuserreihe), sehr arm an Verkehr und besitzt vier Reihen prächtige

[1]) Vgl. die Besprechung dieser Zeitschrift 1920, S. 48.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alte Kastanien und Platanen. Da auch das gegenüberliegende Ufer der Spree nur einseitig bebaut ist, herrscht dort die relativ beste Luft Groß-Berlins. —

In den Großstädten Deutschlands fallen jährlich 10 000 Kinder dem sommerlichen Brechdurchfall, der durch Überhitzung des Säuglings entsteht, zum Opfer. Nur das Herausbringen aus der glühendheißen Kleinleutewohnung gewährt Schutz und Rettung. „Könnt ihr im Hause kein kühles Plätzchen finden", heißt es im Flugblatt des Auguste-Viktoria-Kinderkrankenhauses, „so bringt das Kind möglichst viel an einen schattigen, nicht schwülen Ort im Freien." Wo wäre dies leichter durchzuführen als in der „Spielstraße", direkt vor dem Hause, besonders wenn sie von schattigen Bäumen bestanden ist? — Auch der Erwachsene wird in solcher Gegend die Schönheit des Sommerabends vor seiner Tür genießen können; kostenlos. Zahlreiche Wasserauslässe gestatten, den Boden gehörig feucht zu erhalten, um Staub zu vermeiden. In den Schulen wird auf die Bedeutung dieser wichtigen Neuerung hinzuweisen sein.

Der Widerstand, wie bei jedem verständigen Plane, wird groß sein. Aber selbst Wasserleitung und Kanalisation konnten nur gegen die größte Opposition durchgesetzt werden[1]).

[Aus der sozialhygienischen Abteilung (Leiter: Prof. Reiter) des hygienischen Instituts der Universität Rostock (Direktor: Prof. v. Wasielewski).]

Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch Geschwisterzahl und soziale Lage der Eltern beeinflußt?

Von Hans Reiter und Paul Helm.

Von Herrn Hamburger, auf dessen Arbeiten wir in unserer gleichnamigen Veröffentlichung in dieser Zeitschrift, Jahrg. 1921, S. 48 Bezug nahmen, werden wir gebeten, noch einmal zu den Ergebnissen seiner und unserer Publikationen Stellung zu nehmen. Wir kommen dieser Aufforderung mit größter Freude nach, da auch uns daran liegt, a priori Mißverständnisse zu vermeiden.

Das Ausgangsmaterial Hamburgers (1908) rekrutiert sich einerseits aus 1042 Berliner Arbeiterfamilien (Kassenpatienten), andererseits aus 119 Familien der wohlhabenden Bevölkerung (Privatpatienten), deren Einkommen mehr betrug als 6000 M. Die Erhebungen wurden an gesunden Frauen in der Sprechstunde vorgenommen, wobei Hamburger Konzeptionen, Fehlgeburten, Frühgeburten, Totgeburten und Todesfälle bis zum 16. Lebensjahre registrierte.

[1]) Ich habe kurz vor dem Kriege auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Mietskasernen durch Dachgärten zu verbessern, deren Anlage weder finanziell noch technisch Schwierigkeiten bietet. Das Polizeipräsidium (1916) hat auf Grund meiner Arbeiten entsprechend verfügt (vgl. diese Zeitschrift 1916). Wenn jetzt die Bautätigkeit wieder einsetzt, müßte die Forderung erhoben werden: in der Großstadt darf kein Neu- und kein Umbau ohne Dachgarten vorgenommen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sein Ergebnis, das übrigens durch eine zweite Arbeit des gleichen Autors 1916 (Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 47) bestätigt wurde, ist: Der Prozentsatz der Überlebenden ist um so kleiner, je größer die Konzeptionsziffer, in Summe bei den Arbeitern 49,36, bei den Reichen 81,97 Proz.

Demgegenüber gewannen wir das Ausgangsmaterial in Rostock durch Befragen von 500 Familien mit einem Friedenseinkommen von unter 3000 M. und 500 Familien mit einem Friedenseinkommen von über 3000 M. Zum allergrößten Teil wohnten die erstgenannten in der Kröpeliner Vorstadt (Stadtviertel mit vorwiegend ärmerer Bevölkerung), die letztgenannten in der Steintorvorstadt (Stadtteil mit fast ausschließlich wohlhabender Bevölkerung). Registriert wurden nur lebendgeborene Kinder und als Verlust bezeichnet die unter 16 Jahre Verstorbenen.

Der große Unterschied im Ausgangsmaterial liegt auf der Hand.

Das Hauptziel unserer Arbeit war, zu ermitteln: Welchen Einfluß übt die Gebürtigkeit auf das Aufzuchtsergebnis aus. Trotz des verschiedenen Ausgangsmaterials deckt sich unser Ergebnis in dieser Beziehung prinzipiell vollständig mit den von Hamburger auf ganz anderem Wege gefundenen Werten, wenn auch selbstverständlich wegen der verschiedenen Methodik die Zahlen im ganzen bei uns kleiner sein müssen als bei Hamburger. Die von Hamburger bez. der Gebürtigkeit gewonnenen Ergebnisse werden also durch unsere Zahlen in keiner Weise erschüttert, sondern im Gegenteil bestätigt!

Anders liegen die Verhältnisse bei der Bestimmung des Einflusses der sozialen Lage auf die Aufzuchtsergebnisse: Das von Hamburger benutzte Material wohlhabender Familien ist wesentlich kleiner als das unsere, und er selbst warnt daher vor einer Verallgemeinerung seiner Resultate, auch verzichtet er aus gleichem Grunde darauf, die Sterblichkeit bzw. Verluste noch nach der Gebürtigkeit zu zerlegen. Nach Hamburgers Zahlen finden wir eine Gebürtigkeit über 5 bei der Arbeiterbevölkerung in 58,5 Proz., bei der wohlhabenden Bevölkerung dagegen nur in 12,6 Proz. der Fälle. Hierdurch erklärt sich zwanglos der **scheinbare** Widerspruch unserer Ergebnisse. Es kommt bei der summarischen Zusammenfassung eben viel mehr die Gebürtigkeit als die soziale Lage zur Geltung, und aus diesem Grunde müssen die Verluste bei den Arbeitern um so vieles größer erscheinen als bei der wohlhabenderen Bevölkerung. — Demgegenüber dürfte unser Verzicht auf die Einschaltung einer Zwischenstufe um so weniger von Bedeutung sein, als die charakteristischen Wohnverhältnisse in Rostock etwa die gleichen Vorteile bieten, wie sie Hamburger durch die Gegenüberstellung zweier völlig voneinander verschiedener Schichten erreicht zu haben glaubt, die aber schwinden durch die kleinen Zahlen und den hierdurch nötigen Verzicht auf eine Aufspaltung des Materials.

Unser Ergebnis bestreitet keineswegs eine ungünstige Beeinflussung der Aufzuchtsverhältnisse durch eine ungünstige soziale Lage, stellt nur fest, daß diese Beeinflussung an unserem Rostocker Material gegenüber der Gebürtigkeit wenig zum Ausdruck kommt.

Es wäre sehr zu begrüßen, wenn in dieser Fragestellung weiter geforscht würde, doch darf dabei auch die Bedeutung der örtlichen Verhältnisse auf die Ergebnisse nicht außer acht gelassen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besprechungen.

Prof. E. Riecke. Geschlechtsleben und Geschlechtsleiden. 95 S., 4 Abbild. Kl. 8°. Stuttgart, E. H. Moritz, 1921.

Verf. bezeichnet in der Einleitung das Hinwirken auf die sittliche Erneuerung der Jugend auf sexuellem Gebiet als den Zweck seines Buches und bekundet seinen Glauben an das ethische Wiedererstarken des deutschen Volkes. — Er geht dann auf die mittelbaren Ursachen der Geschlechtskrankheiten ein in der Darstellung der sexuell aufreizenden Wirkung von gewissen Kinovorstellungen, von obszönen Bildern, Schundliteratur, Kabaretts, moderner Frauenmode, lasziven Unterhaltungen und schlechten Theatervorstellungen. Sittlich verwildernd wirkt ebenso das Fehlen wohlmeinender elterlicher Aufsicht und das Beieinanderwohnen aller Altersstufen beiderlei Geschlechts in engen überfüllten Wohnungen. All das gräbt sich tief in das jugendliche Gemüt und ist geeignet, normales sexuelles Empfinden zu verwirren und noch viel mehr geschlechtlich reizbare oder abwegig veranlagte Menschen ganz aus dem Gleichgewicht zu bringen. Zu Helfern aus der Menge der Verführungen ruft Riecke auch die Dichter, die geistigen Führer des Volkes, auf. Sie sollen die jugendliche Seele mit Liebe und Begeisterung für erhabene und bedeutsame menschliche Ziele erfüllen. Ein kurzer Hinweis auf Niedergangserscheinungen, wie Geburtenrückgang und vermehrte Ehescheidungen, schließt das Kapitel.

Der zweite Absatz dient der Besprechung der Syphilis. Eine eindrucksvolle Schilderung eines durch luetische Infektion in geistigen und körperlichen Verfall versunkenen jungen Mannes setzt Verf. an den Anfang. Dann beschreibt er mit klaren, dem Laien verständlichen Worten die Krankheitserreger, ihre Übertragung, den Krankheitsverlauf, die Diagnose, Behandlung und Heilung der Seuche. — Auf den nächsten Seiten kommt dann der Tripper und weiche Schanker zur Sprache. Es wird uns wieder ein sogenannter typischer Fall vorgeführt und an ihm lernen wir die Einzelheiten des Leidens kennen. Ein lebenswahres Bild zeigt dem Unkundigen, daß die Gonorrhöe keine „harmlose Sache" ist.

Das Schlußkapitel bildet die Erörterung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wir hören etwas von dem glänzenden Elend der Puella publica, ihrer Erkrankung und ihrer Unfähigkeit, den Weg ins geordnete Leben zurückzufinden. Den Grund für diese Mißerfolge sieht Verf. in dem heutigen rauhen System der Besserungsanstalten. Man solle den Gefallenen den Rückweg mit Freundlichkeit und Liebe ebnen.

Des weiteren wird eine Umgestaltung des Bordellwesens nach hygienischen Grundsätzen gefordert, ferner Festsetzung einer Polizeistunde und Verschärfung des ärztlichen Überwachungsdienstes.

Dem sogenannten heimlichen Dirnentum oder der freien Liebe kann man nur durch sittliche Umstimmung begegnen. Die wichtigste Aufgabe aber fällt der rechten Erziehung des Kindes und der heranreifenden Jugend zu. — Alle Anführungen des Autors sind von der Liebe zur Sache, dem Wunsche zu helfen und tiefem Mitgefühl getragen. Sie werden daher ihren Eindruck nicht verfehlen und manchem Unwissenden, Schwankenden oder schon Verzagten zum Segen werden. Reichert (Jena).

Dr.-Ing. Karl Hencky. Die Wärmeverluste durch ebene Wände unter besonderer Berücksichtigung des Bauwesens. VI und 124 S. München und Berlin, R. Oldenbourg, 1921. 26 M.

Die schwierige wirtschaftliche Lage Deutschlands zwingt uns zu einer möglichst sparsamen Kohlenwirtschaft. Auch das Bauwesen muß darauf Rücksicht nehmen und bei der Auswahl der Bauweisen auf ihre wärmetechnische Leistungsfähigkeit mehr als früher Bedacht nehmen. Ebenso ist der Hygieniker an einem möglichst guten Wärmeschutz der zu erbauenden Wohnungen erheblich interessiert, denn das Verhalten der Wohnung in wärmeökonomischer Hinsicht ist von größter Bedeutung für das Wohlbefinden und bisweilen sogar für die Gesundheit der Bewohner. Daher wird das Henckysche Buch weiten Kreisen sehr willkommen sein, wenn es auch in erster Linie für die Kreise der Architekten gedacht ist.

Das Buch will über die bisherige Berechnungsweise des Wärmebedarfs, die zum größten Teil auf Erfahrungswerten aufgebaut war, hinaus die Gesetzmäßigkeiten des Wärmedurchganges systematisch erörtern, um so die früheren Erfahrungen auf beliebige Wandkonstruktionen anwendbar zu machen. Im ersten Teil sind die Gesetze der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wärmeübertragung in ihrer Anwendung auf ebene Wände mit oder ohne Luftschichten eingehend dargelegt, wobei der Einfluß der Feuchtigkeit auf die Wärmeleitzahl und das Verhalten der Feuchtigkeit in den Wänden gebührend berücksichtigt ist. Der zweite Teil behandelt die Gesetze des Luftdurchganges und dessen Beziehung zum Wärmeverlust, wobei der große Unterschied zwischen der Luftdurchlässigkeit durch die Baustoffe selbst und der durch unvermeidbare Fugen hervorgerufen wird. Den Abschluß bildet eine Zusammenstellung von Richtlinien für die wärmetechnische Ausgestaltung der Bauweisen.

Die Rechnungsweisen sind möglichst einfach gestaltet und stellen an die mathematischen Kenntnisse des Lesers nur bescheidene Anforderungen.

Es ist zu erwarten, daß diese Schrift auf dem Gebiete der Erforschung des Wärmedurchgangs einen gewissen Abschluß bedeutet, trotzdem natürlich im einzelnen noch viel Kleinarbeit zu leisten sein wird. Man wird jetzt daran gehen müssen, die Bedeutung der Wärmespeicherung in den Wänden, die gerade vom hygienischen Standpunkt höchst wichtig ist, zu erforschen und rechnerisch zu erfassen. Hencky erkennt diese Notwendigkeit vollkommen an, und es ist zu hoffen, daß er die ihm zur Verfügung stehenden Erfahrungen und technischen Hilfsmittel mit gleichem Eifer und Erfolg wie bisher auch auf diese Aufgabe einsetzen wird.

Korff-Petersen (Berlin).

Dr. Emil Reiss. Mißstände im Arzneimittelwesen und Vorschläge zu ihrer Bekämpfung. Berlin, J. Springer, 1921. 6 M.

Jeder Vorstoß gegen die Mißstände im Arzneimittelwesen ist zu begrüßen, zumal wenn er, wie im vorliegenden Falle, aus so berufener Feder stammt. Die Forderung des Verfassers, daß zielbewußte Maßnahmen ergriffen werden müßten, um diese Mißstände, die jetzt wieder neu aufzuschießen begönnen, energisch zu bekämpfen, ist um so notwendiger, als nach unserer Ansicht der wilde Arzneimittelhandel jetzt schon eine Höhe erreicht hat wie nie zuvor.

Auf 40 Seiten wird ein plastisches Bild der betrübenden Zustände aufgerollt und hezeigt, wie Arzt, Apotheker, Industrie und Publikum dabei zu leiden haben, aber guch dargetan, wie gerade diese Stände Schuld an dem Zustandekommen des Übels aaben. Daß dem Medizin Studierenden wieder ein größeres Interesse an der Kunst, ein Rezept zu schreiben, eingeflößt werden soll; daß der Apotheker sich wieder auf sich selbst besinnen und seinen Beruf nicht zu einem kaufmännischen Betriebe herabsinken lassen soll; daß in der Arzneimittelindustrie Wandel geschaffen und eine Planwirtschaft eingeführt, die Herstellung und Spesen wesentlich verbilligt werden soll; dies alles sind dem Verfasser nur „kleine" Maßnahmen. Die Hauptsache ist ihm die Einrichtung von Instituten für Arzneimittelprüfung, und zwar zunächst aus privaten Mitteln, da bei dem jammervollen Zustande unseres Vaterlandes an staatliche Institute nicht gedacht werden kann. Daneben soll allen Ärzten und sonstigen Fachkreisen die Möglichkeit offen bleiben, Arzneimittel zu prüfen, aber nur durch Vermittelung zentraler Sammelstellen für Arzneiproben, an die die Fabriken ihre Erzeugnisse ausschließlich abzugeben haben.

Wie sich der Verfasser, der seine Forderungen folgendermaßen zusammenfaßt: straffere Selbstzucht bei Ärzten, Apothekern und Industrie; Planwirtschaft; Prüfungsinstitute für neuere Arzneimittel; Sammelstellen für Arzneiproben, die Ausführung hierzu denkt, wird am besten in der Abhandlung selbst nachgelesen. Sauerteig.

Dr. Felix Königsberger, Chefarzt des Diagnostischen Instituts der Krankenkassen Groß-Berlins. Das diagnostische Institut der Zukunft. Ein Vorschlag zur Reform unseres Gesundheitswesens. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 12. Bd., Heft 7. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. 2,20 M.

Zu den mancherlei Reformvorschlägen auf diesem Gebiete ein neuer, der, wie Verf. meint, den Vorteil besitzt, alsbald zur Durchführung gebracht werden zu können, dabei wesentlich eine Besserung der ärztlichen Versorgung der Kassenkranken herbeizuführen und überhaupt die Gesundheitsfürsorge zu heben.

Auf das Beispiel des von der Berliner Ortskrankenkasse betriebenen diagnostischen Instituts mit seinen Vorzügen hinweisend, tritt Verf. dafür ein, daß solche diagnostischen Institute, mit allem Erforderlichen ausgerüstet, in hinreichender Zahl errichtet werden. Der Vorteil wird darin gesehen, gründliche diagnostische Untersuchungen für den Arzt, der heute ja nicht mehr imstande sei, allen Anforderungen zu genügen, vorzunehmen, zugleich aber bei der Volksaufklärung, der Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten mitzuwirken. Solbrig (Breslau).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kreisarzt Dr. Engelsmann (Plön). Entwurf eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der bisher bestehenden gesetzlichen Bestimmungen. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 12. Bd., Heft 1. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. 4 M.

Unsere gesetzlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose sind in Deutschland, speziell in Preußen, gänzlich unzureichend, worüber unter den Sachverständigen kein Zweifel herrscht. Eine Anzeigepflicht lediglich für Todesfälle, wie sie in Preußen besteht, reicht nicht aus. Es bedarf einer allgemeinen Anzeigepflicht für alle Erkrankungsfälle an übertragbarer Tuberkulose.

Verf. unterzieht sich der Aufgabe, an der Hand der Gesetzgebung der verschiedenen europäischen und auch außereuropäischen Staaten einen Entwurf für ein deutsches Tuberkulosegesetz auszuarbeiten und zu begründen. Wir erfahren hierbei, was einigermaßen beschämend ist, daß Preußen die schlechtesten gesetzlichen Bestimmungen in dieser Hinsicht besitzt, während Norwegen und Portugal eine vorzügliche Regelung dieser Materie besitzen.

Das wesentlichste in dem Entwurf von Engelsmann ist:

1. Anzeigepflicht aller als tuberkulös festgestellten Erkrankungsfälle (durch Ärzte, Fürsorgepersonen, Haushaltungsvorstand, Leichenschauer).
2. Verpflichtung der Ärzte, sich von der tuberkulösen Natur des Leidens zu überzeugen.
3. Anzeige soll an die Kreisärzte gehen, die ihrerseits Ermittelungen über jeden Fall anzustellen haben.
4. Der Fürsorgegedanke soll bei der Handhabung des Gesetzes an erster Stelle stehen.
5. Drakonische Maßregeln, wie Ausschluß aller tuberkulösen Lehrer und Schüler aus der Schule, sind zu vermeiden.

An der Hand statistischer Angaben sucht Verf. dann noch nachzuweisen, wie in den einzelnen Ländern die Tuberkulosesterblichkeit unter den jeweiligen Schutzmaßnahmen beeinflußt wird; dabei steht Belgien an erster Stelle.

Es ist zu wünschen, daß wir in Deutschland dem Ziele einer reichsgesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung, wobei die hier dargelegten Grundsätze entsprechende Verwertung finden, nicht mehr fern sind. Solbrig (Breslau).

Dr. Opitz, Kreisarzt in Bonn. Die Gesundheitsfürsorge des Landkreises Bonn. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 12. Bd., Heft 6. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. 4,50 M.

Im Landkreise Bonn ist eine planmäßige Gesundheitsfürsorge allmählich durchgeführt worden, mit dem Ziele, alle Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung der körperlichen Entwickelung, und alle mit sozial wichtigen Krankheiten behafteten oder davon bedrohten Personen in möglichst großem Umfange zu erfassen und körperlichen Schäden entgegenzuarbeiten. Das Neue hierbei ist, das hier wohl zum ersten Male — und wie man liest, mit Erfolg — der Versuch gemacht ist, die Kosten, die bei hauptamtlicher Anstellung des nötigen Personals so wachsen, daß selbst wohlhabende Kreise davor zurückschrecken, dadurch erheblich zu verringern, daß die praktischen Ärzte, Gemeindeschwestern, Hebammen und andere interessierte Personen und Behörden sich zu verständnisvoller Zusammenarbeit gegen geringes Entgelt vereinigten. Bei den meisten Zweigen der Gesundheitsfürsorge wird so verfahren, daß jeder Fürsorgebedürftige zum Arzt seines Vertrauens gehen darf, der lediglich Fürsorge, aber keine Behandlung ausübt. Über jeden Kranken wird ein Gesundheitsbüchlein angelegt und fortlaufend ergänzt. In einer Zentralstelle, der Gesundheitsfürsorgestelle, die unter dem Kreisarzt steht, laufen alle Fäden zusammen. An Kreisfürsorgerinnen sind fünf vorhanden, doch wird nur eine als durchaus nötig bezeichnet.

Man kann gespannt sein, ob dies System auf die Dauer von Erfolg begleitet sein und Nachahmung finden wird. Solbrig (Breslau).

Paul Schneider. Lebensglaube eines Arztes. Leipzig, S. Hirzel, 1921. Geb. 35 M.

Der Verfasser versucht eine Lebens- und Weltanschauung auf die Tatsache des menschlichen Eigenwillens zu gründen. Der Eigenwillen, unterschieden in den niederen Eigennutzen und die höhere Eigenhilfe, soll zu einer neuen Lehre, der Thelematologie, ausgestaltet werden. Es ist hier nicht der Ort, diesen Versuch kritisch zu würdigen. Mit Glauben, wie der Titel des Buches kündet, hat die Untersuchung nichts zu tun, sondern es handelt sich um die praktische Lebensweisheit eines nur mit Tatsachen rechnenden Naturwissenschaftlers, der in umfassender Weise seine Erkenntnisse für alle Gebiete des Lebens in Gesellschaft und Staat nutzbar machen will. Dabei ergeben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich u. a. eigenartige und wertvolle Betrachtungen sozialhygienischer Fragen, z. B. über den Alkoholismus, das Bodenmonopol im Zusammenhang mit der Wohnungsfrage, die gesundheitliche Erziehung, über Begründung, Erhaltung und Ersatz der Familie, die staatliche Eugenik oder Keimpflege. Recht beachtenswert sind die Ausführungen über das Geschlechtsleben und die Prostitution und über die Bekämpfung der Verbrechen. Die Fülle der Einzelheiten verbietet ein weiteres Eingehen auf den sehr umfassenden Stoff. Jeder kann praktische und nützliche Anregungen und Ratschläge in dem Buche finden, gleichgültig ob er mit der monistischen Gedankenwelt des Verfassers einverstanden ist oder nicht. Dresel (Heidelberg).

Die Desinfektion. Leitfaden für Desinfektoren, Gesundheitsaufseher und Krankenpfleger zur Vernichtung und Beseitigung der Ansteckungsstoffe. Im amtlichen Auftrage herausgegeben von Geh. Medizinalrat Dr. Hensgen, Kreisarzt in Siegen. Vierte, nach den neuen ministeriellen Anweisungen umgeänderte Auflage. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. Brosch. 10 M.

Der in diesen Blättern schon öfter besprochene Leitfaden mußte nach den neuen Desinfektionsanweisungen umgestellt werden. Außerdem erhielt er noch besonders zwei zeitgemäße Änderungen: es wurde die laufende Desinfektion schärfer herausgehoben, ferner auf die wichtige Tätigkeit der Gesundheitsaufseher und deren notwendige Anstellung besonders hingewiesen. Neu aufgenommen wurden Schilderungen der im gewöhnlichen Leben zumeist vorkommenden Ansteckungskrankheiten und speziell die genauen Vorschriften über die Vernichtung und Beseitigung der Ansteckungsstoffe. Das Büchlein kann bestens empfohlen werden. Merkel.

Leitfaden der Desinfektion für Desinfektoren und Krankenpflegepersonen in Frage und Antwort von Dr. Fritz Kirstein, Kreisarzt und Direktor der Medizinaluntersuchungs- und Impfanstalt in Hannover. Zehnte, völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Julius Springer, 1921. 12 M.

Das kleine wertvolle Büchlein wurde in der „Öffentl. Gesundheitspflege" schon mehrmals empfehlend besprochen. In der vorliegenden Ausgabe wird, entsprechend der geänderten Anschauung, besonders die laufende Desinfektion am Krankenbett eingehend erörtert. Durch Einschaltung eines umfangreichen allgemeinen Teiles sucht Verf. das Verständnis für das Wesen, die Verbreitungsweise und die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten bei den Desinfektoren und Krankenpflegepersonen zu fördern. Merkel.

Handbuch des Medizinal- und Veterinärwesens im Freistaat Sachsen. Nach dem Stande vom 1. Januar 1921. Bearbeitet vom Landesgesundheitsamt. Dresden, C. Heinrich, 1921. Brosch. 32 M. ausschließl. Sortiments-Teuerungszuschlag.

Soeben erschien eine Neuausgabe des Handbuches des Medizinal- und Veterinärwesens im Freistaat Sachsen. Es verzeichnet alle dem Zivil- und Militär-Medizinal- und Veterinärwesen angehörenden Personen einschließlich der Zahnärzte und Apotheker in der Reihenfolge der kreishauptmannschaftsweise aufgestellten Medizinalbezirke. Die Spitze bildet der dem Medizinalwesen in Sachsen vorstehende Beamtenkörper, dann folgen die ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine, die Ehrenräte, der ärztliche Ehrengerichtshof, die Apotheken, Revisionsbezirke und Revisoren, Polizeiärzte des Polizeipräsidiums und der Landespolizei. In ähnlicher Weise sind die Personalverhältnisse beim Zivil-Veterinärwesen und beim Militär-Medizinal- und Veterinärwesen geordnet. Das Handbuch, in dem auch die während des Druckes noch bekannt gewordenen Veränderungen, soweit irgend angängig, berücksichtigt worden sind, ist bei seinem amtlichen Charakter ein zuverlässiges, kaum zu entbehrendes Nachschlagebuch, welches allen beteiligten Kreisen und nicht weniger auch einschlägigen industriellen Firmen und Geschäften, sowie der chemischen Industrie zur Anschaffung nur bestens empfohlen werden kann. Merkel.

Gutenberg. Grundzüge des theoretischen Unterrichts der freiwilligen Sanitätskolonnen. 2. Aufl., 59 S. Karlsruhe, G. Braun, 1921. 3,50 M.

Der theoretische Unterrichtsstoff für Sanitätsleute wird in knapper, klarer, absichtlich zur Unterstützung des Gedächtnisses einigermaßen stereotyp gehaltener Frage- und Antwortform abgehandelt. Erste Hilfeleistung und Transport Verwundeter werden in 120, die Krankenpflege in weiteren 92 Fragen durchgegangen. Als Repetitorium sehr geeignet; ein Ersatz für die vorschriftsmäßigen Unterrichtsbücher soll nicht geboten werden. Gerhard Wagner (Jena).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Julius Blume. Der Samariter. Leitfaden für die erste Hilfe bei Unglücksfällen. 5. Aufl. Karlsruhe, G. Braun, 1920. 6 M.

In zwei Heften (1. Heft 62 S. Text, 2. Heft 158 Abbild. auf 3 Tafeln) wird der Dienst des Samariters auf einfachster Grundlage erläutert, so daß auch ein Nichtarzt danach einen Nothelferkursus abhalten kann. Der gesamte Stoff ist für Lehrzwecke auf 5 Doppelstunden verteilt. Die zahlreichen, in praktischer Weise in einem besonderen Heft zusammengefaßten Abbildungen erleichtern das Verständnis wirkungsvoll. Der künstlichen Atmung ist besondere Aufmerksamkeit gewidmet, die, durch die außerordentlich erhöhten Anforderungen des Gaskrieges veranlaßt, auch in Friedenszeiten durch die Bedürfnisse der chemischen Industrie gerechtfertigt wird.

Gerhard Wagner (Jena).

J. König. Die Nahrungsmittel, Genußmittel und Gebrauchsgegenstände, ihre Gewinnung, Beschaffenheit und Zusammensetzung. 2. Bd., 5. Aufl. der Chemie der Nahrungs- und Genußmittel. 932 S. Berlin, J. Springer, 1920. Geb. 126 M.

Die neue Auflage des unentbehrlichen Nachschlagewerks ist gegenüber der vorhergehenden gekürzt, indem die Analysenergebnisse in Tabellen am Schluß zusammengefaßt sind und auch sonst entbehrliches fortgelassen worden ist. Inhaltlich ist der Band auf die Höhe des heutigen Wissens gebracht, der gesamte Stoff mehr lehrbuchartig dargestellt worden. Das Buch wird in der neuen Form sicher noch begehrter werden, als es früher schon war. Es zeigt in jedem Abschnitt die Hand des Meisters, dem es beschieden sein möge, auch die 6. Auflage noch in Frische und Rüstigkeit zu erleben!

Abel.

F. Genzmer. Bade- und Schwimmanstalten. Handbuch der Architektur, Teil 4, Halbband 5, Heft 3. 2. Aufl., 454 S., 573 Abbildungen, 17 Tafeln. Leipzig, J. M. Gebhardt, 1921. Broschiert 110 M., geb. 128 M.

Das seinerzeit in erster Auflage von der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder durch ehrendste Anerkennung ausgezeichnete Werk hat in seiner neuen Ausgabe Bereicherungen und Ergänzungen erfahren, die es zu einem ganz wundervollen Übersichtsbild über Geschichte und derzeitigen Stand des Badewesens ausgestaltet haben. Entsprechend der Zugehörigkeit zu einem umfassenden Handbuche der Architektur bringt das Buch naturgemäß in erster Linie Darstellungen, die den Architekten interessieren, und behandelt es die hygienischen Belange des Badewesens nur nebenher. Es soll eben kein Lehrbuch des Badewesens als solches sein, sondern nur seine technischen Ausführungs- und Anwendungsformen verbildlichen. Aber mit seinen sehr klaren lehrreichen Bildern ist es auch für den Hygieniker eine Quelle der Anregung, aus der er für seine praktischen Bestrebungen manche Nutzanwendung ziehen kann.

Abel.

Herrligkoffer. Geschlechtliche Aufklärung. 32 S. München, J. Lindauersche Universitäts-Buchhandlung (Schöpping), 1921. 2,40 M.

Unter den nur spärlich vorhandenen guten sexuellen Aufklärungsschriften verdient die vorliegende besondere Hervorhebung. Sie ist in Gestalt zweier Briefe eines Arztes an seinen Sohn verfaßt und trifft nach Ansicht des Referenten den Ton, in dem der Erwachsene sich an den Jugendlichen wenden muß, um ihn wirksam und nachhaltig zu beeinflussen, in ausgezeichneter Weise.

Abel.

J. Trumpp. Säuglingspflege. 4. Aufl., 152 S., 1 Tafel, 41 Abbild. Stuttgart, E. H. Moritz, 1921. Geh. 9 M., geb. 12 M.

M. Vogel. Merkbüchlein zur Mutter- und Säuglingspflege. 4. Aufl., 32 S. Dresden, D. Verlag f. Volkswohlfahrt, 1920.

Das bekannte und geschätzte Buch von Trumpp liegt in 4. Auflage vor. Es wird auch in der neuen Bearbeitung vielen Müttern und Kindern zu Rat und Nutzen dienen.

Das Vogelsche Büchlein stellt eine Neubearbeitung des gleichnamigen Luerssenschen Werkchens dar. Sein Inhalt ist nach vielen Richtungen umgestaltet worden, um seine belehrende und erzieherische Wirkung auf die Mütter noch eindringlicher zu gestalten.

Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Regierungs- und Medizinalrat Prof. Dr. **Kölsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 48 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Sechster Jahrgang. 1921. Heft 12
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 53. Band)

Braunschweig
Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn
1921

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des zwölften Heftes.

Seite

Deutsche Jugendnot. Die seelischen Schäden und ihre Heilung. Von Dr. W. Polligkeit in Frankfurt a. M. (Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg am 13. September 1921) 397

Die Zukunft unserer Rasse. Bericht von Prof. Dr. Philalethes Kuhn, Direktor des Hygienischen Instituts der Technischen Hochschule zu Dresden. (Erstattet auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg, September 1921) . . . 402

Die Eignung der Frau zu gewerblichen Berufsarten. Von Privatdozent Dr. med. L. Schwarz. (Aus dem Staatlichen Hygienischen Institut zu Hamburg. Direktor: Prof. Dr. Dunbar) 417

Besprechungen:

Edmund Fischer: Die Sozialisierung der Wasserwirtschaft in Sachsen. (Globig-Berlin) 427

W. Schwaab: Entwässerung und Reinigung der Gebäude mit Einschluß der Abortanlagen. (Abel) 428

A. Loewy und George Meyer: Badehygiene und Rettung bei Ertrinkungsgefahr. (Abel) 428

Grotjahn und Kriegel: Bibliographischer Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik, sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens. (Abel) 428

R. Fischer: Hygiene der chemischen Großindustrie, Anorganische Betriebe. (Abel) 428

Kleinere Mitteilungen:

Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände 428

Blätter für Wohlfahrtspflege 428

Diesem Hefte liegen bei: Titel und Inhaltsverzeichnis für den 6. Jahrg. 1921.

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarit dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege

1921. Heft 12.

Deutsche Jugendnot.

Die seelischen Schäden und ihre Heilung.

Von Dr. W. Polligkeit in Frankfurt a. M.

(Vortrag, gehalten auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg am 13. September 1921.)

Bei jeder politischen und wirtschaftlichen Katastrophe ertönen in der Öffentlichkeit laute Klagen über eine zunehmende Verwilderung und Verrohung der Jugend. Ein Urteil, das für eine mehr oder minder große Gruppe von Jugendlichen zutrifft, wird auf ihre Gesamtheit übertragen. Die breite Öffentlichkeit übersieht, daß die Entartungserscheinungen, die wir an Verstößen gegen öffentliche Ordnung und Sitte bei einem Bruchteil der Jugend beobachten, uns nur bedingt berechtigen, daraus einen Schluß auf den seelischen und sittlichen Zustand der Jugend in ihrer Gesamtheit zu ziehen. Anders als bei der gesundheitlichen Entwickelung stehen wir auf seelischem und sittlichem Gebiete vor der Schwierigkeit, daß wir keine allgemein gültigen Normalmaßstäbe besitzen, nach welchen wir in breiten Durchschnitten den Zustand unserer Jugend bewerten können. Wir sind vielmehr darauf angewiesen, das Steigen oder Fallen der Ziffern von Verwahrlosung und Kriminalität zu beobachten und hieraus auf Zu- oder Abnahme der Entartungserscheinungen und den allgemeinen Zustand der Jugend Rückschlüsse zu ziehen. Vergleicht man aber die Zahl der jugendlichen Kriminellen und Fürsorgezöglinge mit der Gesamtzahl der im Strafmündigkeitsalter stehenden Jugendlichen, bzw. mit der Gesamtzahl der Altersgruppen, auf welche Fürsorgeerziehung anwendbar ist, so stellt sich heraus, daß die ersteren noch nicht 1 Proz. der beiden letzteren Gruppen ausmachen. Eine absolute Steigerung der jugendlichen Kriminellen und Fürsorgezöglinge liegt für die Jetztzeit zweifellos vor. Relativ genommen, bewegt sie sich aber in Grenzen von noch nicht ½ Proz. der gesamten hier in Betracht kommenden Jugend. Das scheinbare Sinken dieser Ziffer unmittelbar nach Kriegsende hatte seine Ursache mehr in einem zeitweiligen Versagen des behördlichen Apparates als in einem Sinken der Kriminalitäts- und Verwahrlosungsquote. Selbst wenn man die ihrem Umfange nach nicht zu schätzende Fehlerquelle in Rücksicht zieht, daß sich die Zahl der bestraften oder in Fürsorgeerziehung untergebrachten Jugendlichen nicht mit derjenigen deckt, für welche ein gesetzlicher Anlaß hierzu vorgelegen hätte, so kommen wir an der Tatsache nicht vorbei, daß diese Gruppe nur einen geringen Bruchteil unserer gesamten Jugend ausmacht, und wir nicht berechtigt sind, daraus die Gefahr einer dauernden Verschlechterung unserer Jugend als vorhanden oder drohend zu entnehmen. Daß die weit überwiegende Mehrzahl der Jugendlichen sich trotz der erschwerten Zeit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

umstände in ihrer sittlichen Entwickelung behauptet hat, viele daraus sogar den Ansporn zu innerer Ertüchtigung genommen haben, sind Tatsachen, die sich der Aufmerksamkeit der breiten Öffentlichkeit entziehen. Dennoch dürfen wir auch die zeitweilige Verschlechterung des sittlichen Verhaltens eines Teiles unserer Jugend nicht als ungefährlich betrachten und uns damit trösten, daß die Ursachen dazu zeitlich bedingt und damit dem Wechsel unterworfen seien. Wir müssen vielmehr den Ursachen nachgehen und sie einzudämmen versuchen.

Eine vermehrte Schädigung der seelischen Veranlagung unserer Jugend, mit der man rechnen müßte, wenn man eine im Kriege erfolgte Zunahme der im Wege der Vererbung übertragbaren körperlichen und seelischen Entartungserscheinungen bei der erwachsenen Bevölkerung annimmt, läßt sich begreiflicherweise heute noch nicht feststellen. Leichter erkennbar sind die schädigenden Einflüsse der Umwelt, deren Steigerung im Zusammenhang mit den gesamten Zeiterscheinungen unbestreitbar ist. Als mittelbare Ursache seelischer Schäden unserer Jugend müssen wir in erster Linie die Zunahme des Genusses und Mißbrauchs von Alkohol und Tabak bezeichnen, als unmittelbar schädigende Ursache Schundliteratur, Besuch schlechter Kinos und übler Vergnügungsstätten sowie Berührung mit der Prostitution. Es handelt sich hier um die gleichen Einflüsse, die schon vor dem Kriege schädigend und zerstörend auf unsere Jugend einwirkten. Der wirtschaftliche und seelische Druck, der unter den einschneidenden Wirkungen des Kriegsausganges auf unserem Volke lastet, versetzt die einen in verzweifelte Stimmung und löst bei anderen einen gesteigerten Lebenshunger aus, der bei vielen zur Genußsucht ausartet. All diese Umstände erzeugen eine Stimmungslage, der die Jugendlichen um so wehrloser gegenüberstehen, als die Zucht des Elternhauses und die Autorität des Gesetzes in vieler Beziehung Einbuße erlitten haben. Die Labilität des seelischen Zustandes im Jugendalter macht besonders empfänglich für solche Einflüsse massenpsychologischer Art, die, wenn wir von der Jetztzeit sprechen, zum großen Teil als massenpsychopathologisch zu werten sind. Gerade diese Erkenntnis des unlösbaren Zusammenhanges der seelischen Entwickelung und Schädigung unserer Jugend mit der seelischen und sittlichen Einstellung der Erwachsenen führt uns dazu, nicht von der Jugend allein Einkehr und Umkehr zu erwarten, sondern die gleichen Forderungen an die Erwachsenen zu stellen. Die Macht des Beispiels, die wir einerseits als unentbehrlichen Erziehungsfaktor betrachten, wird auf der anderen Seite verwildernd und zerstörend auf unsere Jugend wirken. Wenn in Deutschland im letzten Jahre 14 Milliarden Mark für Tabak und 14 Milliarden für Alkohol verbraucht worden sind, so sind an diesem Konsum nicht so sehr die Jugendlichen, sondern in weit stärkerem Maße die Erwachsenen beteiligt. Wir würden einen ganz anderen Erfolg mit den Versuchen, die Jugend vom Mißbrauch von Tabak und Alkohol fernzuhalten, haben, wenn wir uns auf das vorbildliche Beispiel der Erwachsenen berufen könnten.

Ebenso liegt es auf anderen Gebieten der Umwelteinflüsse. Würden von den Erwachsenen die Schundliteratur, die schlechten Kinovorstellungen und üblen Vergnügungsstätten mit all ihren Übergängen zur Prostitution nicht nur durch Worte, sondern auch durch die Tat abgelehnt, so würde in der heranwachsenden Jugend nicht die ablehnende Haltung gegen die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erwachsenen entstehen, die ihr Lebensgenüsse verbieten wollen, die sie für sich für selbstverständlich halten. Was nützt das beste Lichtspielgesetz zum Schutz der Jugendlichen, wenn ihm die Massenpsyche entgegensteht, die ein Kino mit all seinen Sensationen als Sinneskitzel fordert? Die schlimmen Wirkungen der Massensuggestion und Massenpsychose können bei Bekämpfung seelischer Jugendnot gar nicht genug berücksichtigt werden. Nur wenn wir die Bekämpfung solcher Schäden in den Rahmen der Volkserziehung und Volksbildung einstellen, werden wir die Ursachen beeinflussen und beseitigen können.

Zwar können wir Repressivmaßnahmen auf dem Gebiete des Straf- und Polizeirechtes nicht entbehren, dürfen aber von ihnen nicht mehr als eine Beseitigung der auffälligsten Symptome erwarten. Insbesondere trifft ein straf- und polizeirechtlicher Kampf gegen Schundliteratur, Kinounwesen, Alkoholismus, Prostitution und Geschlechtskrankheiten nur die Außenseite des Problems, dessen Kern darin besteht, das Berechtigte im Triebleben der Jugendlichen zu erkennen und zur Befriedigung dieser Triebe zum Spiel, zur geselligen Unterhaltung und gesteigerten Lebensfreude und der Bedürfnisse der Phantasie natürliche Formen herauszubilden. Hier liegt ein weites Feld der Betätigung in erster Linie für die elterliche Familie, in weiterem Sinne aber auch für alle anderen Erziehungsmächte, die sich um Schule, Kirche und andere Erziehungsveranstaltungen der staatlichen und kommunalen Behörden und der in Vereinen zusammengeschlossenen gesellschaftlichen Kräfte gruppieren.

Erfreulich ist, wenn man sieht, wie die schulentlassene Jugend selbst ihre Kräfte zu ordnen und zu sammeln beginnt und in den Kampf gegen die widrigen Mächte einzugreifen versucht. Wir finden bei ihr den festen Glauben an die Möglichkeit einer Besserung und den Willen zur Tat. Wir Älteren dürfen hier nicht abseits stehen und müssen diese von der Jugend selbst getragene Bewegung in ihren Gründen und Zielen zu verstehen suchen, auch wenn wir manchmal den Eindruck haben, daß die Jugend den unausweichlichen Druck der realen Lebensmächte und die Notwendigkeit der Anpassung zu gering einschätzt. Wenn wir auf der einen Seite nur durch Vertiefung unserer gesamten Lebensanschauungen eine Atmosphäre schaffen können, in der die Erziehungskraft der Familie gestärkt wird und die anderen Erziehungsfaktoren größeren Einfluß gewinnen können, so dürfen wir auf der anderen Seite doch nie die in der Jugendbewegung sich geltend machenden Kräfte außer acht lassen, da hier der Gedanke der Selbsterziehung fruchtbare Gestalt gewinnt und uns damit ein weiterer Weg zur inneren Erneuerung unseres ganzen Erziehungswesens gewiesen wird.

Untersuchen wir nun, welche Gruppen von Jugendlichen den schädigenden Einflüssen der Umwelt besonders ausgesetzt sind, so stoßen wir hauptsächlich auf Jugendliche im Entwickelungsalter und solche, deren Trieb- und Willensleben durch krankhafte Veranlagung geschwächt ist. Bei der ersten Gruppe hängt die gesteigerte Labilität des gesamten Seelenlebens aufs engste mit dem physiologischen Zustande des körperlichen Ausreifens zusammen. Bei letzterer handelt es sich um krankhafte Störungen. Es ist charakteristisch, daß alle Statistiken, welche die ursächlichen Zusammenhänge sittlicher Entartung aufdecken wollen, hauptsächlich auf diese

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beiden Gruppen zurückführen. In den Untersuchungen des Heidelberger Psychiaters, Prof. Gruhle, über Einfluß von Milieu und Anlage auf die sittliche Entwickelung, die er an Zöglingen einer badischen Zwangserziehungsanstalt angestellt hat, zeigt sich, daß wir beide Gruppen unter den sittlich Verwahrlosten stark vertreten finden. Die gleichen Feststellungen kann man bei Untersuchung von jugendlichen Kriminellen machen, die vor das Jugendgericht kommen. Bemerkenswert ist, daß sowohl unter den Fürsorgezöglingen wie unter den jugendlichen Kriminellen die Zahl der Schulentlassenen nahezu drei Viertel der Gesamtgruppen ausmacht. Diese Zahlen zeigen, daß das Pubertätsalter infolge der Labilität der seelischen Verfassung eine Entwickelungsperiode darstellt, in der die Gefahr des Strauchelns und Scheiterns besonders gesteigert ist. Fehltritte, welche in dieser Altersstufe begangen werden, müßten weit stärker als bisher im Zusammenhang mit dem seelischen Zustande des Jugendlichen bewertet und behandelt werden. Sicher geschieht manchem Jugendlichen Unrecht, indem man seinen Fehltritt mit einem sittlichen Maßstab wertet, der nicht das Werdende und Schwankende dieser Entwickelungszeit berücksichtigt. Die Erfahrung lehrt, daß Jugendliche, die eine gewisse Zeit auf die schiefe Ebene geraten waren und jeden festen Halt verloren zu haben schienen, häufig später zu einem geordneten Leben zurückkehren, ohne daß ein äußerer Eingriff in ihre Erziehung erfolgt wäre. Selbst bei psychopathisch veranlagten Jugendlichen, die im Entwickelungsalter größte Erziehungsschwierigkeiten bereiten, kann man beobachten, daß um die Mitte der zwanziger Jahre eine gewisse Beruhigung eintritt, die damit zusammenhängen wird, daß um diese Zeit die Sturm- und Drangperiode abgeschlossen ist. Auch die Tatsache, daß die Kurve der Kriminalität vom Alter der Schulentlassung bis zum Beginn der zwanziger Jahre steil ansteigt und um die Mitte der zwanziger Jahre zu sinken beginnt, können wir als Stütze für die Auffassung ansehen, daß Entartungserscheinungen sittlicher Art sehr stark durch die Störungen des Entwickelungsalters beeinflußt, wenn nicht gar hervorgerufen werden. Verfolgt man diesen Gedankengang weiter, so ist verständlich, daß in den anglo-amerikanischen Ländern beim progressiven Strafvollzug in Gefängnissen, die der Erziehung und Besserung der Strafgefangenen dienen, die Altersgruppen vom 16. bis 25. bzw. 30. Lebensjahre zusammengefaßt sind. Meines Erachtens müßte man die moralische Einstellung zu den sittlichen Entartungserscheinungen Jugendlicher viel stärker überprüfen auf Grund ihrer Zusammenhänge mit der normalen und pathologischen seelischen Entwickelung des Reifealters. Freilich müssen wir uns davor hüten, mit der Aufklärung, daß Entartungserscheinungen auf Bedingtheiten der seelischen Verfassung zurückzuführen sind, jeden Fehltritt zu entschuldigen. Davor sollte uns schon die Erkenntnis und Erfahrung schützen, daß nicht jeder Jugendliche im Entwickelungsalter, nicht einmal jeder in seinem Willens- und Gemütslebens krankhaft gestörte Jugendliche sich asozial betätigen muß. Es soll hier nicht dem Aufgeben der Autorität von Sitte und Gesetz gegenüber solchen Jugendlichen das Wort geredet werden, wohl aber der Forderung, deren Inhalt der seelischen Verfassung der Jugend anzupassen.

Der Grundsatz, daß Vorbeugen besser ist als Heilen, müßte auch auf das Gebiet der sittlichen Not der Jugend mehr als bisher angewandt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden. Hierzu ist ein enges Zusammenarbeiten von Ärzten und Erziehern unbedingt notwendig, um Eltern, Lehrer und sonstige an der Jugenderziehung beteiligte Personen und Kreise zu beraten und zu beeinflussen. Bei den engen Zusammenhängen körperlicher und seelischer Entwickelung bedarf es einer ebenso engen Arbeitsgemeinschaft ärztlicher und erzieherischer Kreise. In der Behandlung krankhaft veranlagter Kinder und Jugendlicher hat sich bereits der Begriff der Heilpädagogik herausgestellt als deutliches Zeichen, wie notwendig die Einheitlichkeit in der ärztlichen Feststellung des Gesundheitszustandes und ärztlichen Beratung einerseits mit erzieherischer Beeinflussung andererseits ist. Ebenso notwendig erscheint aber die Forderung, die Arbeitsbeziehungen zwischen Arzt und Erzieher der normal veranlagten Jugend eng zu verknüpfen. Praktische Gestaltung dieser Forderung zeigt sich bereits im Ausbau des schulärztlichen Dienstes, in Schulen aller Gattungen, namentlich in den Fortbildungsschulen und höheren Schulen.

Wenn wir diese engen Beziehungen zwischen körperlicher und seelischer Entwickelung anerkennen, so müssen wir zugeben, daß die vermeintlichen Gegensätze zwischen Jugendfürsorge und Gesundheitsfürsorge, die in letzter Zeit Gegenstand öffentlicher Auseinandersetzungen der beiderseitigen Fachkreise gewesen sind, in Wirklichkeit nicht berechtigt sind. Wenn es sich für beide darum handelt, die im Kinde schlummernden Anlagekräfte zu entwickeln, zu fördern und gegen Gefahren der Umwelt zu schützen, so kann es sich nur um eine Teilung der Funktionen bei gemeinsamem Ziele handeln. Wenn wir unbeirrbar das Ziel im Auge behalten, der Jugend zu dienen, so wird die heute heiß umstrittene Frage über das Verhältnis des Jugendamtes zum Gesundheitsamt bald nicht mehr Gegenstand des Streites, sondern nur des Wettstreites sein, in welchem es lediglich darauf ankommt, wie man am besten zusammenwirken kann. Wir dürfen in dieser Beziehung fest auf die Kräfte vertrauen, die sich in unserem Volke regen und sich in der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege zusammenfinden.

Im Augenblick stehen wir vor der Entscheidung über das Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz, dessen Entwurf im 29. Reichstagsausschuß zurzeit beraten wird. Dieses Gesetz gründet sich auf die Forderung, das Recht jedes Kindes auf körperliche, geistige und sittliche Erziehung öffentlichrechtlich sicherzustellen, indem die staatliche Gemeinschaft überall dort die erforderliche Jugendhilfe gewährt, wo die eigene Familie nicht ausreicht. Das Gesetz fordert als Träger solcher öffentlichen Jugendhilfe die Schaffung finanziell und organisatorisch leistungsfähiger Jugendämter, die bei den kommunalen Behörden der Stadt- und Landkreise eingerichtet werden sollen. In diesen sollen unter einheitlicher verantwortlicher Leitung eines Kollegiums, in dem die an der körperlichen, geistigen und sittlichen Entwickelung unserer Jugend interessierten Kreise vertreten sind, alle Zweige der öffentlichen Jugendhilfe zusammengefaßt werden. Das Gesetz, das eine der schwierigsten Materien zu regeln versucht, die in den letzten Jahren den Gesetzgeber beschäftigt haben, berührt eine Reihe von Streitfragen und ist nicht ungefährdet. Namentlich aus Ärztekreisen ist die Forderung erhoben worden, die hygienische Jugendfürsorge nicht den Jugendämtern, sondern besonders zu schaffenden Gesundheitsämtern zuzuweisen. Es ist hier nicht der Ort, diese Streitfrage im einzelnen zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beleuchten, doch ist ihre Lösung möglich, ohne das Zustandekommen des Gesetzes zu gefährden. Wir sollten uns nämlich in der Forderung einigen, daß die gesundheitliche und seelische Not unserer Jugend umfassende Abwehrmaßnahmen erfordert, daß diese Aufgabe aber nicht ausschließlich den freien gesellschaftlichen Kräften überlassen werden kann, so notwendig deren Betätigung auch ist. Im Sinne der Weimarer Verfassung, welche der Familie die Erziehung des Nachwuchses als oberste Pflicht und natürliches Recht zuweist, gleichzeitig aber der staatlichen Gemeinschaft das Recht und die Pflicht gibt, diese Erziehung zu überwachen und das in seiner Erziehung notleidende oder gefährdete Kind zu schützen, müssen wir ein Gesetz fordern, das eine solche vom Staate übernommene Bürgschaft verwirklichen kann. Das zurzeit vorliegende Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz soll ein Rahmengesetz sein, das sowohl der Gesetzgebung der Länder wie der kommunalen Selbstverwaltung, auch der Betätigung der freien gesellschaftlichen Kräfte die Möglichkeit gesunder Weiterentwickelung gestattet. Unter dieser Voraussetzung müssen wir uns zu der Ansicht bekennen, daß ein solches Reichsgesetz zur Förderung der Jugendwohlfahrt unerläßlich ist, nicht nur zum Schutz der körperlichen Entwickelung, sondern auch zur Abwehr seelischer Schäden.

Mag die Gegenwart und der Ausblick in die nächste Zukunft noch so trübe sein, wir dürfen an der Möglichkeit des Wiederaufstieges unseres Volkes nicht verzweifeln. In der Beurteilung solcher Möglichkeiten stoßen wir auf Pessimisten, Skeptiker und Optimisten. Weder Pessimismus noch Skeptizismus noch Optimismus werden uns aber die nötigen aufbauenden Kräfte liefern. Was wir brauchen, sind wissende und wollende Menschen. Das unbeirrbare Wissen um die Dinge, um sich ein Urteil über Zustand und Möglichkeiten zu verschaffen, und der unerschütterliche Wille, die Schwierigkeiten zu überwinden, sind die letzten und wahren Triebkräfte. Gehen wir mit dieser Einstellung an die Aufgabe heran, die seelische Not unserer Jugend festzustellen und zu heilen, so kann die Frage nicht lauten, ob wir die Hindernisse überwinden werden, sondern wie wir es tun.

Die Zukunft unserer Rasse.

Bericht von Prof. Dr. Philalethes Kuhn,
Direktor des Hygienischen Instituts der Technischen Hochschule zu Dresden.

Erstattet auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg, September 1921.

Eine schwere Aufgabe liegt vor mir. In weiten Kreisen herrscht eine große Mutlosigkeit über das Schicksal unseres Volkes. Bereits im Jahre 1917, als wir noch stolzen Mutes im Völkerringen standen, hatte Spengler ein Buch, in dem er den Untergang des Abendlandes vorhersagte, vollendet. Seitdem hat die Geschichte unseres Volkes einen Weg genommen, der die düstersten Prophezeiungen zu rechtfertigen scheint. Wir haben 2 Millionen der besten Männer im Kriege und 0,7 Millionen Volksgenossen in der Heimat verloren. Unser Geburtenverlust beträgt während der Jahre 1914 bis Mitte 1919 3,6 Millionen, das gibt einen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gesamtverlust von 6,3 Millionen zumeist wertvoller Menschen. Und wir haben nun für 3 Millionen Frauen keine Männer mehr. Große Teile unseres Nachwuchses sind körperlich angekränkelt und seelisch angefault. Wir hörten aus dem Munde meiner Vorredner, daß die Hebung dieser Jugendnot sehr, sehr schwer sein wird. Dazu kommt die Lebensenge unseres Volkes und seine Unterwerfung unter den Willen von haßerfüllten Feinden. Fürwahr es muß als ein Wagnis erscheinen, vor Ihnen von der Zukunft unseres Volkes zu sprechen. Angesichts der Größe meines Unterfangens fühle ich daher die Verpflichtung, Ihnen von vornherein auseinanderzusetzen, was mir den Mut gegeben hat, die mir angetragene Aufgabe anzunehmen.

Es war die Überzeugung, daß die Stimmen, die in der Geschichte und der Politik die Hoffnungslosigkeit verbreiten, keine Ahnung von den Lehren des Entstehens der Leben haben. Biologie ist ihnen ein unbekanntes Gebiet. In dem ganzen dicken Buch von Spengler kommt nicht eine Zeile vor, die verrät, daß der Schreiber etwas von den Vererbungsgesetzen weiß. Wir lesen bei ihm: „Es ist heute wie damals nicht die Frage, ob man von Geburt Germane oder Romane, Hellene oder Römer, sondern ob man von Erziehung Weltstädtler oder Provinzler ist. Das entscheidet über alles Tatsächliche." Wenn der tiefere Sinn dieser Worte sein soll, daß die Bevölkerung der Weltstädte dem Untergange geweiht ist, so will ich das nicht bestreiten. Aber wer Weisheit in solcher Form verkündet, der weiß nicht, daß in deutschen Landen eine sehr ernste Wissenschaft begründet ist, welche die Erhaltung und Vervollkommnung der menschlichen Rasse zum Ziele hat, die Rassenhygiene, die auf der Biologie beruht.

Sie lehrt, daß alles Leben auf Erden zwar durch die Umwelt beeinflußt wird, aber sie zeigt uns, daß die vererbten Eigenschaften der Lebewesen von ausschlaggebender Bedeutung sind, die in den Keimmassen der Geschlechtszellen ruhen. Diese sind in hohem Maße starr, unbeeinflußbar. Der Körper ist nur ein Anhängsel der Keimmasse. Er stirbt ab, die Keime aber ziehen unverändert durch die Geschlechter ihre Bahnen. Die Rassenhygiene sucht hinter dem durch die Umwelt gemodelten Erscheinungsbild eines Menschen, dem Phänotyp, das Erbbild, den Genotyp, die Summe der von den Vorfahren überkommenen Eigenschaften, der körperlichen sowohl wie der geistigen. Sie versucht auch vor allem das Erbgut zu ermitteln, das der Mensch nun seinerseits auf seine Nachkommen überträgt. Sie lehrt, daß zur Erhaltung und Höherzüchtung einer Rasse, wie bei Pflanzen und Tieren, so auch beim Menschen Auslese notwendig ist. Körperliche Ertüchtigung und Gesundung der Jugend durch Bekämpfung ansteckender Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, die Bekämpfung des Alkoholismus, alle diese Einwirkungen von außen sind von großer Wichtigkeit für die Zukunft der Rasse, aber sie stellen sie nicht sicher. Wenn ein Volk aus lauter gesunden Einzelgliedern bestände, die sich nicht oder ungenügend vermehren, so ginge es doch zugrunde.

Ein Volk kann durch allmähliche Aufnahme fremder Volksteile seine Rasse immer mehr ändern, die durch die Erbmassen bestimmt ist. Dann kann es wohl noch seinen ursprünglichen Namen tragen und seine Sprache bewahren, aber es hat seine Rasse verloren. Daher heißt mein Vortrag

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch bewußt: Die Zukunft unserer Rasse, die ja eine Mischrasse aus verschiedenen Systemrassen ist.

Auch die seelischen Kräfte eines Volkes geben nur dann für den Fortbestand der Rasse Bürgschaft, wenn sie in der Richtung wirksam sind, daß durch Fortpflanzungsauslese ein reicher Nachwuchs an seelisch und körperlich Tüchtigen gesichert wird.

So kann jemand ein guter und frommer Mensch sein, ohne daß er die Verpflichtung fühlt, seine Rasse fortzupflanzen, wenn seine Kirche ihm nicht, wie die katholische, verbietet, in der Ehe die Geburten zu verhüten.

Ich werde ganz zum Schluß meines Vortrages noch auf ein Beispiel näher eingehen, das zeigt, wie sogar gewaltige sittliche Kräfte einer Erhaltung der Rasse entgegenwirken können.

Bei allen Betrachtungen über die Zukunft unseres Volkes bis auf Spengler sind diese Ergebnisse des wichtigsten Zweiges der Hygiene völlig außer acht gelassen. Darum kann mich die Mutlosigkeit nicht ohne weiteres packen, es tritt sofort die Forderung auf, daß die am meisten berufene Wissenschaft erst einmal gehört werden muß, und die Hoffnung leuchtet, daß unserer Zukunft vielleicht doch noch neue sichere Wege gewiesen werden können,

Dazu kommt die ermutigende Überzeugung, daß die Erbmassen unseres Volkes, soweit sie nicht durch die Gegenauslese des Krieges vermindert sind, in den vergangenen Jahren nicht gelitten haben, was ja auch meine beiden Herren Mitberichterstatter annehmen. Nur das Erscheinungsbild unseres Volkes hat sich geändert.

Wenn ich eben darauf hinwies, daß die Geschichtsphilosophen und Historiker in ihren Werken wenig von rassenhygienischer Denkart und Schulung verraten, so soll und kann das kein Vorwurf sein. Denn die Rassenhygiene ist eine junge Wissenschaft, es wird nicht allzuviel Zeit kosten, ihre Geschichte kurz zu berichten.

1891 — also vor 30 Jahren — veröffentlichte Schallmayer seine erste rassenhygienische Schrift, die 5 Jahre vorher geschrieben, aber von verschiedenen Verlegern abgelehnt war. Ihm folgten mehrere andere Gelehrte (Ploetz, Ammon, Al. Tille). 1895 schrieb Alfred Ploetz über die „Tüchtigkeit unserer Rasse und den Schutz der Schwachen". 1903 veröffentlichte Schallmayer sein grundlegendes Buch „Vererbung und Auslese", das in einem Wettbewerb preisgekrönt worden war. Mit der Gründung des „Archivs für Rassen- und Gesellschaftsbiologie" im Jahre 1904 und der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene" im Jahre 1905 ist Ploetz der Hauptträger der rassenhygienischen Bewegung in Deutschland geworden, die von England und Amerika aus weiterhin stark befruchtet wurde.

Um die Jahrhundertwende wurden die wichtigen, zuerst vom Pater Mendel 1865 entdeckten aber vergessenen Vererbungsgesetze durch die Forschungsarbeit deuscher Botaniker Allgemeingut und dadurch ein gewaltiger Fortschritt angebahnt. Grotjahn und Max v. Gruber haben sich mit großem Gewicht für rassenhygienische Fragen eingesetzt und besonders die Bekämpfung des Geburtenrückganges angepackt. Letzterer hat besonders den Kampf gegen das Zweikindersystem aufgenommen, das Felix v. Luschan hier in Nürnberg auf dem Anthropologenkongreß eine Pest nannte. Weinberg hat der Vererbungsforschung neue wertvolle Methoden erschlossen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aber die Verbreitung der neuen Wissenschaft war doch bis zum Weltkriege noch recht bescheiden. Über einen engen Fachkreis ging sie nicht hinaus. Unsere Gesellschaft hat sich erst im Jahre 1910 mit diesen Fragen befaßt, als Ploetz in Elberfeld über die Ziele und Aufgaben der Rassenhygiene vortrug. Damals wurde noch von einer Seite der Einwand erhoben, daß andere Aufgaben wichtiger und dringlicher seien. Dem widersprach einer meiner heutigen Mitberichterstatter, v. Drigalski, indem er sagte, „daß die Rassenhygiene die Summe aller der Bestrebungen darstellt und in Zukunft immer darstellen wird, die wir im einzelnen in diesem Verein verfolgen". Aber Ploetz mußte doch im Schlußwort von der Rassenhygiene zugeben: „sie ist jetzt wie ein kleines Kind, das ich Ihnen ans Herz legen möchte". Zukunftsfroh und bedeutungsvoll fügte er hinzu: „aber sie wird wachsen".

Der Krieg hat die schnelle Verbreitung und Vertiefung der rassenhygienischen Lehren teils gehemmt, teils gefördert. Die Fortschritte sind bescheiden, aber doch deutlich.

In dem Jahrzehnt seit jener Elberfelder Tagung sind besonders F. Lenz und G. v. Hoffmann tätig gewesen. Die menschliche Vererbungslehre wurde namentlich von Lenz gefördert. Hoffmann vermittelte uns die Kenntnis der amerikanischen Eugenik, die besonders die Untauglichen von der Vermehrung auszuschließen sucht. Von Amerika kamen gegen Schluß des Krieges neue Ergebnisse der Vererbungslehre, die in dem reich ausgestatteten Morganschen Institut gewonnen sind.

Anläßlich des bedrohlichen Geburtenrückganges und der Kriegsverluste wurden neuerdings in den Parlamenten Maßnahmen erwogen, die als Bevölkerungspolitik bezeichnet zu werden pflegen; sie gipfelten hauptsächlich in dem Bestreben, durch Bekämpfung der Volksseuchen die Menge unseres Volkes sicherzustellen und zu erhöhen. Hier ist namentlich die verdienstvolle Arbeit des Ausschusses für Bevölkerungspolitik in der preußischen Landesversammlung zu erwähnen.

Im Westen unseres Vaterlandes hat in den letzten Jahren besonders der Pater Muckermann für Verbreitung rassenhygienischer Lehren gewirkt.

Wir sehen also die rassenhygienische Arbeit in unserem Volke vordringen. Das kleine Kind von Ploetz ist jetzt ein Mädel geworden, das in die Schule geht, gefragt wird und Antwort gibt. Aber wenn wir die Zukunft unserer Rasse sicherstellen wollen, muß die Rassenhygiene das ganze Volk durchdringen. Und das muß schnell geschehen.

Ich weiß sehr wohl, daß gegen diese Forderung von mancher Seite bisher ein heftiger Einwand gemacht worden ist. Es heißt, daß die menschliche Vererbungslehre und die Rassenhygiene noch nicht gefestigt genug sind, um auf den Universitäten gelehrt oder gar im Volke verbreitet zu werden. Ich habe bisher allen denen, die solche Ansicht in meiner Gegenwart geäußert haben, auf den Zahn gefühlt und festgestellt, daß sie entweder noch gar nicht Zeit gefunden haben, sich ernstlich mit diesen Fragen zu beschäftigen, oder die neuesten großen Fortschritte der Vererbungslehre nicht verfolgt haben. Es wäre unhöflich, wenn ich hier einige Beispiele mitteilen würde.

Ich muß das unterschreiben, was Prof. Baur, der Direktor des Instituts für Vererbungsforschung in Potsdam, in seiner „Einführung in die experimentelle Vererbungslehre" von dem Wissen der Ärzte sagt:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Es ist im höchsten Grade bedauerlich, daß im allgemeinen unsere Ärzte noch sehr wenig von den Vererbungsgesetzen wissen, und daß vor allem die junge Generation von Medizinern heute davon auf den Universitäten noch fast nichts lernt. Vor allem für die Diagnosestellung, besonders von Stoffwechselkrankheiten, vieler Herzleiden, sehr vieler Nervenkrankheiten und Psychosen, aber auch sehr oft für die Therapie wäre eine genauere Kenntnis der Vererbungsgesetze im allgemeinen und der speziellen Vererbungsweise der einzelnen Krankheiten von der größten Wichtigkeit. Was auch in den besten unserer medizinischen Studentenlehrbücher über »hereditäre Krankheiten« und unter ähnlichen Rubriken gesagt wird, mutet meist geradezu kläglich an." Man darf Baur dies harte Urteil nicht verübeln, denn er ist nicht nur Botaniker, sondern auch Arzt.

Wenn ich es hier freimütig unterschreibe, so bitte ich Sie, dabei nicht zu vergessen, daß die Lehre von deutschen Ärzten begründet ist und getragen wird. Wir wollen darum auf dem heutigen Gebiete nicht in den Fehler verfallen, daß wir über der Kritik am Ärztestand seine Leistungen und seine Führeransprüche beiseite tun.

Wir haben hier also die Stelle vor uns, wo zunächst der Hebel angesetzt werden muß. Auf den Universitäten muß der Mediziner in allen Fächern, in der Botanik und der Zoologie, in der Anatomie, der Pathologie, der inneren Medizin, der Chirurgie, der Augenheilkunde, der Klinik für Hautkrankheiten, kurz überall, in die Lehren der Vererbung eingeführt werden. Zudem muß er eine besondere Vorlesung über Rassenhygiene hören, für die an jeder Universität Gelegenheit geboten werden muß.

Die praktischen Ärzte sind in Fortbildungskursen, namentlich auf den Akademien für praktische und soziale Medizin, in die Vererbungslehre und die Rassenhygiene einzuführen, damit sie zunächst in der Lage sind, dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechende Stammbaumaufnahmen vorzunehmen, die für den umfassenden Ausbau der Vererbungslehre nötig sind. Eine weitere Verwertung dieser Kenntnisse werden wir noch kennen lernen.

Weiter müssen an den Universitäten, ferner an den Technischen Hochschulen, an denen ja überall auch Hygieniker, wenn auch leider nicht in Ordinariaten, wirken, für alle Hörer allgemeinverständliche Vorlesungen über Rassenhygiene geboten werden, die überall der regsten Anteilnahme begegnen werden. Schließlich ist der Unterricht auf alle Hochschulen zu erstrecken.

Ich habe im Sommersemester 1919 in Tübingen das erste Kolleg über Rassenhygiene gelesen, das in Deutschland gehalten worden ist. Außer Medizinern nahmen auch Hörer aller anderen Fakultäten teil.

Durch den Mund der Ärzte muß dann der wichtigste Gehalt der Rassenhygiene auch in die weitesten Volkskreise dringen. Ich habe im vorigen Winter in Dresden eine gemeinverständliche Vorlesung über Zeugung, Vererbung und Gattenwahl gehalten, die aus allen Kreisen stark besucht war und große Aufmerksamkeit und völliges Verständnis fand. Gegenüber dieser Aufgabe möchte ich eine Forderung erheben: es mögen die, welche rassenhygienische Kenntnisse vermitteln wollen, sich einfacher deutscher Ausdrücke bedienen. Ich begrüßte es, als Hermann Siemens im Jahre 1917 die hauptsächlichen wissenschaftlichen Ausdrücke der Vererbungslehre

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verdeutschte. Er schrieb Ende 1917 mit Bezug auf diese Namengebung: „Weniger nämlich als irgend eine andere Wissenschaft darf die Biologie Privatbesitz eines Gelehrtenklüngels werden". Um so größer ist mein Unmut gewesen, als ich vor kurzem seine treffliche Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie (Verlag J. Springer) las, in der er in dem bekannten lateinisch-griechischen Kauderwelsch lauter neue Ausdrücke bringt. Durch solche Schwierigkeiten wird die Verbreitung der Vererbungslehre sogar in Ärztekreisen sehr gehemmt. Dennoch erhoffe ich von seinem Buche und besonders von dem soeben erschienenen „Grundriß der Erblichkeitslehre und Rassenhygiene" aus der Feder von Franz Fischer und Lenz (Verlag J. F. Lehmann) eine starke Beeinflussung der Ärzteschaft. Sie werden mit mir nach diesen Darlegungen wohl darin einig sein, daß wir der Rassenhygiene in Deutschland zunächst einmal breite Wege bahnen müssen. Und es ist ernsthaft zu überlegen, ob praktische Maßnahmen im Sinne der Rassenhygieniker bereits empfohlen werden sollten. Es könnte mir, wenn ich jetzt dazu übergehe, der Einwand entgegengehalten werden, daß der Boden im Volke noch gar nicht genug beackert ist, um Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege zu besprechen und zu fordern.

Ich sehe aber in Ihrem Kreise eine Schar von Männern und Frauen des werktätigen Lebens vor mir, die nicht nur von Mängeln und Klagen hören wollen, sondern die sofort fragen, wie denkt sich denn der Redner die praktische Abhilfe, und die ihrerseits wieder helfende Gesichtspunkte aus dem Leben hinzugeben können. Es ist unbedingt notwendig, daß eine Lehre, die sich das höchste Ziel setzt, das auf Erden für Menschen überhaupt gegeben werden kann, die sichere Zukunft der Rasse, daß diese Lehre auch praktische Ziele weist. Je weiter diese Ziele von dem Empfinden und dem Verständnis des Volkes entfernt sind, desto später werden sie sich verwirklichen lassen. Aber sie sind darum doch als wesentlicher Gehalt der Lehre unentbehrlich; es genügt nicht, Schäden und Mängel bloßzustellen und die Sehnsucht nach ihrer Abstellung zu wecken, sondern es müssen auch sichtbare Tafeln aufgerichtet werden, auf denen die Wege zur Besserung stehen.

Werden diese Maßnahmen aber dem jeweiligen Stande der Volksaufklärung sorgfältig angepaßt, so schreitet auch letztere rüstig nebenher vorwärts. Ich hoffe, daß die von mir formulierten Vorschläge doch bereits in weiten Kreisen verständnisvolle Aufnahme finden werden, da sie nicht die letzten vollkommenen Wünsche der Rassenhygieniker verkörpern, sondern sich bemühen, die nächsten Schritte zu kennzeichnen, die die Bewegung tun muß, wenn sie im engen Zusammenhange mit der bisherigen Entwickelung bleiben und keine Sprünge machen will.

Endlich muß ich darauf hinweisen, daß ein Teil des rassenhygienischen Programms bereits in das Volksbewußtsein eingedrungen ist, die Forderung, daß kinderreiche Familien Anspruch auf besondere Förderung haben. Diese Förderung wird sich noch weiter ausbauen lassen, und im Anschluß an diese Errungenschaft werden weitere Fragen der Güte der Nachkommenschaft jetzt doch den Boden finden, auf dem sie bearbeitet werden können. Wir werden das im einzelnen sehen. Wenn ich bei den folgenden Ausführungen politische Streitfragen möglichst vermeide, so geschieht das nicht etwa deshalb, weil ich der Meinung wäre, sie hätten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit meiner Aufgabe gar nichts mehr zu tun. Ich stehe im Gegenteil auf dem Standpunkt, daß für die Zukunft unserer Rasse manche politische Frage von hoher Bedeutung ist. Aber ich hoffe, meiner Sache heute dadurch einen neuen Anstoß zu geben, daß ich eine Plattform besteige, auf die mir jeder folgen kann, mag er politisch denken wie er will. Und das Gebiet, das sich einer solchen Betrachtungsweise erschließt, ist zudem so riesengroß, daß eine Beschränkung notwendig erscheint.

Wir wollen zunächst auf das Gebiet der Besoldungs- und Steuerfragen eingehen, deren gewaltige Bedeutung in rassenhygienischem Sinne leider immer noch nicht bei unseren Behörden sich durchgesetzt hat, trotzdem doch jeder Jurist wissen müßte, daß schon die alten Römer zur Zeit des Kaisers Augustus durch die lex Julia et Papia Poppaea Bevölkerungspolitik, namentlich in der Steuergesetzgebung, trieben. Ohne Erfolg kann diese Gesetzgebung übrigens nicht gewesen sein, da sie lange Zeit in Kraft gewesen ist. Einige spärliche rassenhygienische Gesichtspunkte sind in unsere Gesetzgebung bereits hineingetragen, und zwar ist diese Entwickelung folgendermaßen vor sich gegangen.

Im vorigen Jahrhundert finden wir nur ein Besoldungsgesetz, das auf die Kinder Rücksicht nimmt, nämlich das Gesetz betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst getretener Mannschaften vom 28. Februar 1888, welches die Familienunterstützung im Falle eines Krieges regelte und jedes Kind unter 15 Jahren außer der Ehefrau berücksichtigte. Es trat zum ersten Male 1914 in Kraft.

An diese Familienhilfe schloß sich dann während des Weltkrieges im Jahre 1916 die Reichswochenhilfe für die Wöchnerinnen an, welche gleichfalls segensreich gewirkt hat und dank dem Gesetze über die Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 noch wirkt.

Das Beispiel der Familienunterstützung der Mannschaften wirkte auch in einer anderen Richtung weiter. Während vor dem Kriege alle Beamten je nach ihrer Gehaltsstufe das gleiche Einkommen erhielten, ob sie Junggesellen waren oder mit Mühen und Sorgen für das Vaterland eine Kinderschar aufzogen, wurde im Jahre 1916 zum ersten Male bei der Gewährung von Kriegsteuerungsbeihilfen Rücksicht auf den Familienstand und die Zahl der Kinder der Beamten genommen. Dieser Weg ist bis in die neueste Zeit innegehalten worden, indem die Beamten und viele Angestellte neben dem Diensteinkommen Kinderbeihilfen erhalten. Auch ein Teil der Arbeiterschaft erhält neben dem Lohn Kinderzulage.

Es ist unbegreiflich, daß sich im Kreise der Beamten selbst gegen diese Kinderzulagen Stimmen erhoben haben. Es wird wohl kaum von irgend einer Seite ein Zweifel daran geäußert werden, daß die Beamten des Staates, der Gemeinden und der Gesellschaften im allgemeinen Bevölkerungskreise mit wertvollen Erbmassen darstellen, deren Fortpflanzung im Nutzen der Allgemeinheit liegt. Aber daß Beamtenkreise selbst durch ihre Ablehnung der Kinderzulagen die Ausrottung der in das Beamtentum übergegangenen Familien begünstigen und dem eigenen Stand dadurch vom biologischen Standpunkt aus den Stempel der Minderwertigkeit aufdrücken, das setzt mich auf das Höchste in Erstaunen.

Ein solches Verhalten kann — soweit es selbstsüchtigen Beweggründen entspringt — nicht scharf genug verurteilt werden. Wir müssen im Gegen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teil zu einer Erhöhung der Kinderbeihilfen kommen, welche die Aufzucht von Kindern in besserer Weise sicherstellt als die bisherigen Sätze. Die Staatsbeamten z. B. erhalten jetzt für jedes unterhaltsberechtigte Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahre monatlich 120 M., bis zum vollendeten 14. Jahre monatlich 150 M. und bis zum vollendeten 18. Jahre monatlich 180 M. Eine Summe von 1800 M. im Jahre reicht in keiner Bevölkerungsgruppe aus, um einen Buben von 14 Jahren zu ernähren und zu bekleiden. Dazu kommen Schulbücher, etwaiges Schulgeld für den Besuch einer gehobenen Schule und manches andere.

Wir müssen uns auf den Standpunkt stellen, daß die Aufzucht von Kindern für gesunde, verheiratete Beamte eine behördliche Pflicht ist und daß dem Beamten die Hauptmasse der Kosten hierfür abgenommen werden muß. Diejenigen Familien, deren Mitglieder in Führerstellungen des Volkes gelangt sind, müssen dem Staat erhalten bleiben. Andernfalls wird das Beamtentum zur Ehelosigkeit gedrängt und die, die sich trotz aller wirtschaftlichen Schwierigkeiten zur Ehe entschließen, heiraten nicht nach körperlicher und seelischer Tüchtigkeit der Mädchen und ihrer Familien, sondern nach Geld; sie heiraten zudem dann sehr spät, während wir die Frühehe begünstigen müssen, um einmal die Verbreitung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten wirksam zu bekämpfen, und andermal die besten Jahre von Mann und Weib für die Zeugung und Aufzucht von Kindern bereitzustellen. Oder endlich schränken sie die Kinderzahl unter das notwendige Maß ein, sie verfallen der Sitte des Zweikindersystems.

Wir müssen weiter fordern, daß die unverheirateten Beamten den Familienvätern ihre Zulagen nicht nur gönnen, sondern sogar eine Kürzung ihrer eigenen Gehälter zugunsten der Verheirateten willig ertragen, die in vielen Fällen auch heutzutage vorgenommen werden könnte. Das gilt in gleichem Maße für die übrigen Berufe, insbesondere auch für die Arbeiter, die ebenfalls, soweit sie gesund sind, die Pflicht haben, Kinder aufzuziehen.

Jetzt ein Blick in die Steuergesetzgebung. Das erste Gesetz, das auf die Kinderzahl Rücksicht nahm, war das Wehrbeitragsgesetz vom 3. Juli 1913. Bei Vermögen über 100 000 M. trat für das dritte und jedes folgende minderjährige Kind eine Ermäßigung um 5 vom Hundert des Beitrages ein. Ferner wurden bei Vermögen bis zu 200 000 M. für den dritten und jeden weiteren Sohn, der im Heere oder der Flotte diente, 10 vom Hundert des Beitrages gekürzt. Die letztere Bestimmung ist ein Musterbeispiel einer rassenhygienischen Steuerpolitik. Sie nimmt nicht allein Rücksicht auf die Zahl der Kinder, sondern auch auf deren Güte und den Vorteil, der dem Staat aus gesunden Nachkommen erwächst.

Der Geist, der in diesem Gesetz gewaltet hat, ist seitdem wieder stark in den Hintergrund gedrängt worden. Das beweist zunächst die Reichseinkommensteuer, nach der ein Ehepaar mit seiner Gesamtsumme veranlagt wird und viel mehr Steuern bezahlt als ein Paar, das in wilder Ehe miteinander lebt und bei dem jedes einzelne mit seinem Einkommen herangezogen wird.

Der Nachlaß, der für Kinder gewährt wird, ist äußerst gering. Er beträgt nach einem Beispiel, das F. Lenz behandelt hat, bei einem Ehepaar mit 10 000 M. Einkommen nur 240 M., während das Paar in wilder Ehe bei diesem Gesamteinkommen 920 M. weniger Steuern zu zahlen hat als das Ehepaar.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beim Reichsnotopfer gibt ein Ehepaar z. B. mit 1 Million Vermögen 246 000 M. ab, zwei zusammenlebende Personen aber nur 182 000 M. Solche Gesetze schaffen, wie Lenz festgenagelt hat, Konkubinats- und Junggesellenprivilegien und sind verfassungswidrig, weil nach Art. 119 die Ehe unter dem besonderen Schutz der Verfassung stehen soll und kinderreiche Familien Anspruch auf ausgleichende Fürsorge haben. Die deutschen Rassenhygieniker halten nach wie vor die Schlossmannsche Forderung für die Grundlage jeder gesunden und gerechten Steuerpolitik, daß jedes Einkommen und jedes Vermögen in jeder Steuerveranlagung in so vielen gleichen Teilen veranlagt wird als Personen davon leben müssen.

Sie sehen, meine Frauen und Herren, daß wir von einer durchgreifenden Einkommens- und Steuerregelung nach dem Familienstande noch ziemlich weit entfernt sind. Die rassenhygienischen Lehrer haben aber in der letzten Zeit eine wirksame Bundesgenossenschaft in den Bünden kinderreicher Familien selbst erhalten. Diese haben sich zu einem Verband zusammengeschlossen, dessen Leitung in Cöln ruht, um die durch den Art. 119 der Reichsverfassung gewährleistete ausgleichende Fürsorge für die kinderreichen Familien zu erkämpfen.

Er will die Not in diesen Familien beseitigen und tritt zielbewußt für das Einkommen nach dem Familienstande und für Änderung der Steuergesetzgebung ein. Er will Staat, Gemeinden sowie sonstige Verbände veranlassen, Lebensmittel, Kleidung u. dgl. billig zur Verfügung zu stellen, kinderreiche Familien bei Zuweisung von Arbeiten, Unterbringung von Kindern auf dem Lande, Vergebung von Freistellen und Stiftungen zu berücksichtigen. Almosen lehnen die Bünde ab, und es ist auch nicht etwa beabsichtigt, sie zu Konsumgenossenschaften zu entwickeln.

Man will weiter die riesengroßen Schäden auf dem Gebiete des Wohnungswesens bekämpfen. Hier hat der Verband besonders dahin zu streben, daß die Ächtung der kinderreichen Familien in den Miethäusern aufhört.

Wenn es die alleinige Aufgabe des Bundes wäre, die Not der kinderreichen Familien zu bekämpfen, so wäre damit im Sinne der Rassenhygiene noch nicht allzuviel getan, vielleicht würde sogar der Anschein erweckt werden, daß nur der Schutz der Schwachen auf dem Spiele steht. Aber der Bund sieht eine weitere Aufgabe als heilig an: er will die kinderreiche Mutter, die zum Schaden der deutschen Volkskraft oft schlecht genug behandelt und belächelt wird, wieder zu Ehren bringen. Der Verband will bei diesem Kampf um die Familie selbst in vorderster Linie stehen.

Vorträge aller Art, gegenseitige Belehrung und gutes Beispiel sollen die Familien des Bundes auf immer höheren geistigen und sittlichen Stand bringen. Er vereinigt alle Schichten der Bevölkerung zu gemeinsamer Arbeit.

An 21 Orten Deutschlands bestehen Bünde des Verbandes, der über 10 000 Familien mit über 80 000 Köpfen umfaßt. Ich fordere alle Anwesenden auf, seine Ziele, insbesondere die Neugründung von Ortsgruppen zu fördern.

Diese neue Gemeinschaft wird sich auch mit aller Macht auf die Bodenfrage werfen und danach streben, daß die deutsche Familie aus der volksmordenden Großstadt heraus auf die eigene Scholle kommt. Eine gesunde Bodenpolitik ist eine der Hauptstützen der Rassenhygiene. Die von Lenz geforderten bäuerlichen Lehen, die kinderreichen Familien abgabenfrei zustehen sollen, müssen das Ziel des Verbandes sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir können hoffen, daß ihm in seiner Arbeit für die Gesundung und Reinerhaltung der deutschen Familie große Erfolge beschieden sein werden.

Er wird ein Haupthort für rassenhygienische Aufklärung sein und auch — wie ich erwarte — seine Mitwirkung bei der Durchführung der Gedanken nicht versagen, die ich weiter vortragen werde.

Die Mitgliedschaft des Bundes kann von Familien mit 4 Kindern erworben werden. Diese Bestimmung geht auf die rassenhygienische Feststellung Fahlbecks zurück, daß eine Bevölkerung beim Zweikindersystem nach 77 Jahren auf die Hälfte zusammenschrumpft, daß aber zur Erhaltung des Volksbestandes vier lebende Kinder in jeder Familie geboren werden müssen. Es kommt auf dasselbe hinaus, wenn Grotjahn seit dem Jahre 1912 fordert, daß jedes Elternpaar die Pflicht hat, eine Mindestzahl von 3 Kindern über das fünfte Lebensjahr hinaus hochzubringen. Grotjahn fordert weiter, daß diese Mindestzahl auch in solchen Fällen anzustreben ist, in denen die Beschaffenheit der Eltern eine unerhebliche Minderwertigkeit der Nachkommen erwarten läßt. Doch soll in diesen Fällen die Mindestzahl nicht überschritten, sondern nach dem dritten Kinde jede weitere Geburt durch Verhütungsmittel (Präventivverkehr) vermieden werden. Der Berliner Gelehrte will einen Geburtenüberschuß dadurch erzielen, daß den kinderreichen Familien vom vierten Kinde ab eine wirtschaftliche Gegenleistung mit Hilfe einer Elternschaftsversicherung zufließen soll.

Er hofft trotz immer mehr zunehmender Regelung der Geburtenfolge, daß so der Gefahr der Aushöhlung unseres Volkstums durch einströmende östliche Fremde begegnet werden kann. In seinen neusten Auslassungen stellt er sich auf den gleichen Standpunkt, den Lenz und ich eingenommen haben, daß die jetzige Lebensenge unseres Volkes uns nicht dazu verführen darf, anzunehmen, daß wir die Not der Zeit durch allgemeine Geburteneinschränkung heben können.

Grotjahn will die Menge der Bevölkerung sicherstellen und ihre Beschaffenheit heben. Er sieht die Zahl allein nicht an, ebensowenig wie ich es tue. Seine in der Welt der Proletarier erdachte, von vaterländischem Fühlen vorgeschriebene Art der Geburtenregelung findet namentlich in Prof. Muckermann einen heftigen Gegner, der jedes Kunstsystem für unheilvoll ansieht. Muckermann fordert streng, daß Ungeeignete von der Ehe überhaupt absehen sollen, verficht aber für Gesunde allein die naturtreue Normalfamilie, bei der die Eltern keine der Maßnahmen zur Geburtenverhütung kennen und die Mutter ihr Kind etwa 9 Monate stillt. Während des Stillens findet im allgemeinen keine Empfängnis statt und die Kinder folgen in Abständen, die zumeist über 2 Jahre und ganz selten unter 20 Monaten betragen.

Ich zweifle nicht daran, daß ein solches Eheleben für gesunde, kräftige Eheleute den größten Segen bedeutet und vom rassenhygienischen Gesichtspunkt aus lebhaft zu begrüßen ist.

Für diejenigen Volksgenossen, die aus wirtschaftlichen Gründen eine solche Normalehe nicht führen können, hat die Grotjahnsche Mindestforderung der Aufzucht von drei Kindern bestehen zu bleiben; es ist aber dahin zu streben, daß die Normalfamilie immer mehr das Ideal gesunder Ehepaare wird, je mehr die Lebenshaltung der Arbeiterkreise durch ländliche Siedlung gehoben und die Proletarierfrau von der Fabrikarbeit befreit wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf der anderen Seite müssen untüchtige Menschen von der Zeugung möglichst abgehalten werden.

Wie soll das letztere geschehen? Diese Frage hat die deutsche Rassenhygiene unausgesetzt beschäftigt, da unser Volk riesige Scharen von Untauglichen aufweist. Nahm doch Grotjahn z. B. bei sehr vorsichtiger Schätzung 1915 an, daß wir auf 65 Millionen Volksgenossen etwa 260 000 Geisteskranke, 97 500 Epileptiker, 130 000 Trunksüchtige, 39 000 Blinde, 19 500 Taubstumme, 169 000 Verkrüppelte und 325 000 schwer lungenkranke Volksgenossen hätten.

Schon Schallmayer forderte in seiner ersten Schrift 1891 die Einführung gesetzlicher Ehehindernisse für Personen, die an ernsten vererbbaren Krankheiten leiden. Zur Durchführung seines Planes schlug er bereits Gesundheitspässe vor.

Seitdem ist diese Frage in verschiedenen Vereinigungen behandelt worden. 1916 hat der Münchener ärztliche Verein gesetzliche Eheverbote bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten, Lepra, schweren Geisteskrankheiten und psychopathischen Zuständen sowie bei Alkohol-, Morphium- und Kokainsucht gefordert. Zur Feststellung der Gesundheit forderte er die zwangsweise Untersuchung beider Verlobten durch besonders bestellte gesetzliche Eheberater aus dem Ärztestande. In Berlin hat Christian namentlich in diesem Sinne gewirkt.

1920 hat sich Abel zur Frage des Austausches von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung eingehend geäußert.

Er erachtet es nicht für ausreichend, wenn an die Ehebewerber der Rat erteilt wird, sich einer Untersuchung vor der Eheschließung zu unterziehen, und hält einen gesetzlichen Zwang zur ärztlichen Untersuchung für notwendig. Zu Eheverboten hält er die Zeit noch nicht für reif.

Ich schließe mich Abels Ansicht an. In den Zeugnissen soll vom Arzt nur kurz angegeben werden, ob der Ehebewerber taugt oder nicht. Wir müssen es den Beteiligten überlassen, ob sie die Ehe eingehen oder nicht. Wenn einmal die rassenhygienische Aufklärung weite Kreise des Volkes erfaßt hat, dann können wir zu Eheverboten übergehen. Die wegen Geistesschwäche Entmündigten, bei denen das Bürgerliche Gesetzbuch in manchen Fällen die Ehe noch zuläßt, sollten dauernd von der Eheschließung ausgeschaltet sein.

Ich verweise hier auf die klaren und eingehenden Ausführungen und Leitsätze, die Abel in der Zeitschrift „Öffentl. Gesundheitspflege“ aufgestellt hat. Das Ergebnis der jüngst in Berlin im Schoße der Gesellschaft für Sexualwissenschaft abgehaltenen Besprechung der Frage ist über diese Leitsätze kaum hinausgekommen. Nur auf die Ausführung der Untersuchung möchte ich noch etwas näher eingehen. Es muß sofort der Einwand gemacht werden, sind denn die deutschen Ärzte in der Lage, eine solche Aufgabe durchzuführen? Besitzt der praktische Arzt das nötige Wissen auf dem Gebiete der Vererbungslehre, besitzt er die nötigen spezialärztlichen Kenntnisse auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten, der Tuberkulose? Meine Schilderungen der Kenntnis der Vererbungslehre unter den Ärzten hat bereits eine verneinende Antwort auf diese Frage gegeben. Es läßt sich aber erwarten, daß durch Fortbildungskurse das Versäumte nachgeholt werden kann, die an den verschiedensten Stellen einzurichten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wären. Nur diejenigen Ärzte, die sich der Mühe eines solchen Kurses unterziehen, sind zur Eheberatung zuzulassen. Für beamtete Ärzte wäre die Teilnahme zur Pflicht zu machen. Sobald diese Vorarbeiten gründlich erledigt sind, steht der Einführung von Ehezeugnissen nichts Ernstes mehr im Wege. Dabei müßten die Ärzte angewiesen sein, in Zweifelsfällen, z. B. bei Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose sowie bei Geisteskrankheiten, den Rat von Spezialärzten oder von besonderen ärztlichen Eheberatern einzuholen, welch letztere auch Abel befürwortet.

Für die Durchführung dieser Aufgabe wäre die Einführung von Gesundheitsbogen (Gesundheitspässen) von größter Bedeutung, die neuerdings besonders Czellitzer befürwortet. Sie wären bei der Geburt jedes Kindes anzulegen.

Kürzlich ist vom Kreisarzt Wollenweber in Dortmund eine amtliche Eheberatung eingeführt. Seit Jahren ist in Dresden vom Deutschen Monistenbunde eine solche Stelle geschaffen, ihre Tätigkeit ist aber eingeschlafen. Ich beabsichtige die Eheberatung in Dresden wieder aufzunehmen.

Ich bin mir wohl der Schwierigkeiten bewußt, die der Einführung und dem Austausch von Ehezeugnissen entgegenstehen; ich weiß aber, daß keine menschliche Maßnahme vollkommen ist, und erwarte von der Einführung solcher Zeugnisse eine Erweckung rassenhygienischen Verständnisses im ganzen Volke.

Die Standesämter haben gemäß § 45 des Personenstandsgesetzes den Verlobten und denjenigen, deren Einwilligung zu der Verehelichung nach dem Gesetze erforderlich ist, ein Merkblatt für Eheschließende auszuhändigen, das auf 4 Seiten vor den Folgen leichtsinniger Heiraten von kranken Menschen warnt. Wenn dies Blatt ausgehändigt wird, gibt es wohl selten noch ein Zurück. Es kommt zu spät. In Zukunft werden vielleicht die Standesämter sich nach Einführung des Austausches von Gesundheitszeugnissen immer mehr zu rassenhygienischen Ämtern auswachsen, wenn sie eine Aufgabe übernehmen können, die den meisten von Ihnen vielleicht noch unbekannt sein dürfte, die amtliche Heiratsvermittelung.

Ich habe in der „Öffentl. Gesundheitspflege“ 1919 über eine amtliche Heiratsvermittelung berichtet, die von der Provinz Sachsen in Magdeburg errichtet war, und die der Einsicht und Tatkraft eines Mannes, des Kaufmanns Basch, ihre Entstehung verdankt. Ich wiederhole hier nur kurz, daß diese Einrichtung zunächst die Wiederverheiratung von Kriegerwitwen mit Kriegsinvaliden bezweckte. Sie griff dann aber auf alle Heiratslustigen über. Der Geschäftsgang war folgender:

Die Fürsorgestellen für Kriegshinterbliebene bzw. die Kreis- und Ortsausschüsse der Nationalstiftung teilten der Beratungsstelle die Kriegerwitwen mit, deren wirtschaftliche Lage eine Wiederverheiratung erwünscht machte. Von dort wurden den Bewerberinnen ausführliche Fragebogen zur Ausfüllung übergeben und genaue Auskunft über die persönlichen Verhältnisse, die Charaktereigenschaften, den Leumund und gerichtliche Bestrafung eingeholt. In gleicher Weise sandten die Fürsorgestellen für Kriegsbeschädigte Nachrichten über heiratslustige Männer ein. Letztere erhielten den gleichen Fragebogen zugesandt wie die Frauen, und es wurde in gleicher Weise amtliche Auskunft über sie eingeholt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von der Beratungsstelle in Magdeburg wurden alle Nachrichten gesammelt und veröffentlicht. Es wurde eine „Bewerberliste" herausgegeben. Sie wurde allen Anfragenden jeden Monat zugesandt und lag bei sämtlichen Unterausschüssen und Fürsorgestellen der Provinz Sachsen aus. Die Einrichtung war kostenlos.

Die Anzeigen wurden unter laufenden Nummern ohne Namensnennung veröffentlicht und enthielten bei den Frauen kurze Mitteilungen über Beschäftigung des verstorbenen Mannes, Heimat, vorhandene Einrichtung und Besitz, Religion, Geburtsjahr, Zahl der Kinder, Beschäftigung und besondere Wünsche.

Wer Briefwechsel mit einer der Personen des Verzeichnisses wünschte, nannte die in Frage kommende Nummer. Die Beratungsstelle fragte dann bei der betreffenden Person an und vermittelte zunächst ohne Namennennung. Falls es gewünscht wurde, erfolgte Namensnennung zur Eröffnung eines Briefwechsels. Die Beteiligten wurden gebeten, der Beratungsstelle von dem Erfolg Mitteilung zu machen. Anderenfalls erkundigte diese sich nach Verlauf von etwa zwei Monaten nach dem Stande der Angelegenheit.

Ich war im Sommer vorigen Jahres in Magdeburg und benutzte die Gelegenheit, mich nach dem Gedeihen dieser Einrichtung zu erkundigen. Mein Erstaunen war groß, als ich hörte, daß diese Beratungsstelle eingegangen sei. Man hatte sie stillgelegt, weil sie immer mehr aus allen Teilen des Deutschen Reiches angegangen wurde und immer mehr Mittel erforderte, die man nicht aufbringen wollte.

Rassenhygienische Gesichtspunkte wurden in Magdeburg nicht befolgt. Wie ich in meiner Arbeit auseinandergesetzt habe, müßten von den Bewerbern Gesundheitszeugnisse beigebracht werden. Ich verspreche mir von amtlichen Heiratsämtern viel, wenn sie sich auf der Tätigkeit von Vertrauenspersonen, männlichen und weiblichen, aufbauen.

Ich halte solche Heiratsämter für ein soziales und rassenhygienisches Bedürfnis, das durch die außerordentliche Verbreitung der Heiratsanzeigen in Zeitungen und der privaten Heiratsvermittelungen bewiesen wird.

Sollten sich die Gesundheitszeugnisse nicht unmittelbar durchsetzen, so werden sie sich im Volke einbürgern, sobald wir überall amtliche Heiratsämter haben.

Bei der Besprechung der amtlichen Heiratsvermittelung muß ich noch eine Frage streifen, die Auswanderungsfrage. Sie pocht vernehmlich an unsere Türen. Alle sind sich darüber einig, daß Millionen der Besten auswandern werden, wenn es nicht gelingt, sie in der Heimat zu ernähren und auf ländlicher Scholle anzusiedeln. Kürzlich hat einer unserer führenden Rassenhygieniker, Westenhöfer, die Auswanderung ebenso wie die Geburtenverminderung als Heilmittel gegen die jetzige Not in einem Aufsatz verworfen. Ich gebe ihm im allgemeinen recht. Wir müssen aber auch bei tatkräftiger Innensiedlung doch mit einer nicht geringen Auswanderungsziffer rechnen und müssen auch einige Gebiete in der Welt, in dem geschlossene deutsche Siedlungen sitzen, von der Heimat her mit deutschen Siedlern unterstützen.

Dieser Nachschub muß aber ebensowohl in Frauen als in Männern bestehen. Wenn unsere Landsleute in der Fremde die Töchter des Landes heiraten, gehen sie an das fremde Volkstum allzu leicht verloren. Daher

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen wir eine Heiratsvermittelung Auslandsdeutscher ins Leben rufen. Wir haben für diese Aufgabe in der Arbeit der Deutschen Kolonialgesellschaft und ihres Frauenbundes ein erprobtes Vorbild. Nach Südwestafrika sind seit Mitte 1914 etwa 2000 weibliche Personen mit Unterstützung der Deutschen Kolonialgesellschaft gesandt worden. 707 körperlich und geistig gesunde, ausgewählte Dienstmädchen waren darunter, mit deren Übersiedlung in erster Linie die Gründung deutscher Farmerfamilien angestrebt wurde.

Ich habe mich viele Jahre dieser Aufgabe gewidmet. Alfred Ploetz, der diese Mühe sah, hat mir manchmal gesagt, sie ist umsonst, sie wird den Angelsachsen zugute kommen. Heute wissen wir, daß sie notwendig war. Denn heute sind die deutschen Familien noch ein starker Block in der Kolonie, und wir geben das Deutschtum in Südwestafrika ebensowenig auf wie die Buren ihr Volkstum. Das ist das Verdienst der deutschen kolonialen Vereine.

Ich wende mich nun zu der Ausschaltung der Verbrecher und Geisteskranken von der Fortpflanzung durch Unfruchtbarmachung. Mir ist wohl bekannt, daß die Mehrzahl der deutschen Rassenhygieniker dieses Mittel als unwesentlich ablehnt. Ich halte aber daran fest, daß es in den Fällen zu empfehlen ist, wo Verbrecher selbst ihre Einwilligung geben und wo bei Geisteskranken die Vormünder und Verwandten einverstanden sind. Bei den Männern handelt es sich um die Entfernung der Keimdrüsen, die Kastration, und die Sterilisation durch Zerschneidung des Samenleiters oder die Röntgenbestrahlung der Keimdrüsen. Bei der Kastration erlischt die Geschlechtslust, bei der Sterilisation kann sie erhalten werden. Bei den Frauen geschieht die Sterilisation durch eine Operation an den Eileitern.

Diese Maßnahmen kommen namentlich bei den Geisteskranken in Betracht, die nicht dauernd in Anstaltspflege stehen, z. B. den Idioten, den geistig abnormen Epileptikern, beim Jugendirresein, den manisch-depressiven Irren, die schubweise erkranken, und den moralisch Irren. Namentlich die schwachsinnigen Frauen sind ins Auge zu fassen. Auch ist die Operation bei Personen angezeigt, die geschlechtlich pervers gerichtet sind (bei Exhibitionisten und Homosexuellen).

Von den Schwerverbrechern sind diejenigen unfruchtbar zu machen, die angeborene verbrecherische Neigungen zeigen.

Der Gedanke, daß Unwürdige und Schwerkranke von der Fortpflanzung durch gesetzlich erlaubte Eingriffe abgehalten werden können, wird das Volksempfinden in rassenhygienischem Sinne mächtig beeinflussen, auch wenn die Zahl der Unfruchtbargemachten zunächst auch nur klein wäre.

Zum Schluß meiner Ausführungen muß ich noch auf eine Angelegenheit eingehen, die zurzeit im Vordergrunde des bevölkerungspolitischen Interesses steht, die Freigabe der Abtreibung. Es ist Ihnen gewiß allen bekannt, daß von einigen Parteien eine Aufhebung oder Milderung der §§ 218 bis 220 des Strafgesetzbuches im Reichstage beantragt ist, welche die Abtreibung bestrafen.

Eine solche Freigabe könnte ebenso wie die neumalthusianische Geburtenverhütung Auslesewirkung erzielen, indem sich nämlich diejenigen Menschen, die nur an ihr eigenes Wohlergehen denken und für die Nachfahren kein Herz haben, aus dem Lebensgange der Rasse selbst auslöschen. Übrig blieben dann in der Hauptsache diejenigen Familien, in denen Verantwort-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichkeitsgefühl gegenüber der Rasse und Kindesliebe erblich sind. So würde eine Höherentwickelung der Rasse erzielt werden, die durch eine hohe Fruchtbarkeit der Verantwortlichen allein nicht erzielt werden kann.

Allein es handelt sich bei der Abtreibung der Leibesfrucht um die Tötung eines selbständigen Wesens. Wird diese freigegeben, so wird im Volksempfinden die Scheu vor einem Morde immer mehr schwinden. Und wir haben wahrlich alle Ursache, in unserem Volke die durch den Krieg entstandene Verrohung nicht noch zu schüren. Ich hoffe, daß dieser Antrag ohne Geräusch wieder verschwinden wird.

Es lassen sich gegen ihn verschiedene Gründe anführen. Ich will nur auf einen noch hinweisen: Sollte die Abtreibeseuche durch Annahme des Antrages noch gesetzlich gestattet werden, so würde eine ungeheure Zunahme des ungezügelten Geschlechtsverkehrs und der Geschlechtskrankheiten die Folge sein, wir würden einen Riesenschritt dem Abgrunde entgegengehen.

Ich versprach Ihnen eingangs, noch ein Beispiel anzuführen, wie gewaltige sittliche Kräfte einer Erhaltung der Rasse entgegenwirken können. Es handelt sich um eine Schwäche unseres Volkstums. Bei uns ist Ahnenverehrung und Kindesliebe deshalb nicht stark, weil in den breiten Massen des Volkes ein nationales Ideal fehlt. Und ein Volk, das nicht tief von dem Glauben durchdrungen ist, daß sein Dasein und Wachstum ein Segen auf Erden ist, darf sich keinesfalls wundern, daß viele seiner Söhne und Töchter keinen Wert auf Nachkommenschaft legen. In uns Deutschen lebt als ein Erbe unserer Urväter der Gedanke, daß wir verpflichtet sind, für die Menschheit zu arbeiten. Daher tritt das Bewußtsein des eigenen Wertes und der Fortpflanzungswille bei vielen in den Hintergrund.

Wir sehen also, daß eine große seelische Kraft unseres Volkes der eigenen Rasse gefährlich wird. Diesen Schaden gilt es mit aller Macht zu vermeiden.

Es gilt, unser Volk auf alles das stolz zu machen, was es bisher an Ewigkeitswerten geschaffen hat. Es gilt, das nationale Ideal in den Massen zu wecken, das in dem Geist des deutschen Volkstums steckt, von dem Art. 148 der Verfassung spricht. Es ist unsere Wahrhaftigkeit, die auch anderen Wesen gerecht wird und die uns zum Streben nach Freiheit und zur Arbeit für die Menschheit führt.

Wir dürfen uns nicht untreu werden: immer wird uns diese Arbeit lieb sein, nie werden wir sie aufgeben. Aber wir wollen diese Aufgaben stolz erfüllen. Um ihr gerecht werden zu können, müssen wir unsere Rasse hochhalten und sie verteidigen. Dann werden wir das Volk sein, daß dem Völkerfrieden am meisten dient und darum die Pflicht hat, sich selbst stark und jugendkräftig zu erhalten immerdar. Dann wird unsere Rasse aus dem trüben Dunkel unserer Tage heraustreten. Dann werden wir wahrhaft das Geschlecht sein, das ins Helle strebt.

Leitsätze.

1. Wenn auch die guten Erbmassen unseres Volkes durch die Gegenauslese des Krieges vermindert sind, so ist doch anzunehmen, daß die verbliebenen Erbmassen durch die Einwirkung des Krieges nicht verändert sind.
2. Körperliche Ertüchtigung und Befreiung von Seuchen stellen die Zukunft eines Kulturvolkes nicht sicher.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Auch die seelischen Kräfte, über die ein Volk verfügt, geben keine dauernde Bürgschaft für den Fortbestand der Rasse, wenn sie nicht in der Richtung tätig sind, daß durch Fortpflanzungsauslese ein reicher Nachwuchs an körperlich und seelisch Tüchtigen gesichert wird.
4. Die Rassenhygiene sucht die Bedingungen zu erforschen, unter denen dieses Ziel erreicht wird.
5. Es ist daher notwendig, daß die Lehren und Forderungen der Rassenhygiene in das Volk dringen.
6. Der Einwand, daß diese noch zu unsicher seien, ist deswegen nicht stichhaltig, weil er gegen alle Zweige der Hygiene ebenfalls erhoben werden kann.
   Unsere Anschauungen sind in dauerndem Fluß und unsere Maßnahmen erfahren je nach dem Stande der Wissenschaft und je nach den Zeitumständen von Zeit zu Zeit Abänderungen. Hier sei nur vergleichsweise auf die Ernährungshygiene hingewiesen.
7. Es ist zunächst notwendig, daß die Studierenden der Medizin in den fachwissenschaftlichen Vorlesungen über die Ergebnisse der Vererbungswissenschaft unterrichtet werden und Rassenhygiene hören.
8. Auch die deutschen Ärzte sind in Fortbildungskursen mit dem jetzigen Stande der Rassenhygiene vertraut zu machen.
9. Weiter sind an allen Universitäten und Hochschulen allgemeine Vorlesungen über Rassenhygiene zu halten.
10. Endlich ist die Rassenhygiene unter die Aufgaben der hygienischen Volksbelehrung aufzunehmen.
11. Die Bevölkerungspolitik im Reich, in den Bundesstaaten und in den Gemeinden muß nach rassenhygienischen Grundsätzen geführt werden; alle Steuer- und Gehaltsfragen sind so zu lösen, daß sie rassenhygienisch gut wirken und die Frühehe ermöglichen. Insbesondere ist die kinderreiche Ehe im Einklang mit der Verfassung zu bevorzugen.
12. Als erstrebenswert gilt die „Normalehe" Muckermanns. Die Dreikinderehe Grotjahns ist als Mindestforderung für ein gesundes Ehepaar zu bezeichnen. Die Elternschaftsversicherung ist einzuführen.
13. Von den Ehebewerbern ist gesetzlich zu verlangen, daß sie beim Standesamt ärztliche Gesundheitszeugnisse einreichen, in denen kurz anzugeben ist, ob Tauglichkeit zu der beabsichtigten Ehe vorliegt oder nicht. Die Einführung der Gesundheitsbogen (Gesundheitspässe) ist anzustreben.
14. Im Falle der Untauglichkeit eines oder beider Ehebewerber bleibt es einstweilen, bis die rassenhygienische Aufklärung das Volk durchdrungen hat, den Beteiligten überlassen, ob sie die Ehe eingehen wollen oder nicht.
15. Verbrecher und Geisteskranke sind soviel wie möglich zu sterilisieren, erstere mit ihrem eigenen, letztere mit dem Einverständnis der Vormünder und Verwandten.
16. Die amtliche Heiratsvermittelung nach Magdeburger System ist unter Wahrung rassenhygienischer Grundsätze überall anzustreben.
17. Die Freigabe der Abtreibung könnte in dem Sinne als Auslesewirkung angesehen werden, daß dadurch auch die Volksbestandteile aller Stände zum Erlöschen kommen, die nur an ihr eigenes zeitliches Wohl denken und für die Zukunft der Rasse nicht besorgt sind.
18. Eine solche Maßnahme darf aber, abgesehen von allen anderen Gründen, nicht zugelassen werden, weil dadurch der Vernichtung von Menschenleben in der Gedankenwelt der Volkes Vorschub geleistet und der zügellose uneheliche Geschlechtsverkehr und mit ihm die Geschlechtskrankheiten gefördert werden.

[Aus dem Staatlichen Hygienischen Institut zu Hamburg.
Direktor: Prof. Dr. Dunbar.]

Die Eignung der Frau zu gewerblichen Berufsarten [1]).

Von Privatdozent Dr. med. L. Schwarz.

Die Stellung dieses Themas begreift die Voraussetzung in sich, daß die Frau den verschiedenen gewerblichen Berufen gegenüber sich anders

[1]) Referat, auf Ersuchen des Hamburgischen Gewerbeaufsichtsamtes erstattet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verhält als der Mann. Dies ist auch der Fall. Es ist begründet durch den verschiedenartigen Bau, die besonderen physiologischen Eigenschaften und psychischen Anlagen von Mann und Frau.

Wenn hier von Unterschieden gesprochen wird, so betrifft dies immer den Durchschnittstyp der beiden Geschlechter; Ausnahmen und Übergänge nach der einen oder der anderen Seite hin, z. B. von Körpergröße, Körperkraft usw., kommen selbstverständlich vor, spielen aber bei der allgemeinen Beurteilung keine Rolle.

Die Körpergröße der Frau beträgt beim Europäer im Durchschnitt 160 cm und bleibt demnach um 12 cm hinter der Durchschnittsgröße der Männer zurück. Der weibliche Rumpf ist relativ zur Körpergröße länger, die Beine sind kürzer, die Schulterbreite überwiegt die Beckenbreite nur um 3 cm, während beim Mann diese Differenz 14,5 cm beträgt. Das Skelett der Frau ist im allgemeinen schwächer gebaut, die Knochen glatter, da die Muskeln nicht so stark entwickelt sind. Dementsprechend ist das Körpergewicht geringer. Es beträgt etwa 55 kg, um 10 kg hinter dem männlichen Körpergewicht zurückbleibend.

Kleinere Körper haben im Verhältnis zum Körperinhalt eine größere Oberfläche, und so ist grob anatomisch die Körperoberfläche der Frau verhältnismäßig größer als die des Mannes, ein gewerbehygienisch sehr wichtiger Umstand.

Die weibliche Muskulatur ist im ganzen schwächer, weicher, von blasser Farbe, dagegen ist das Fettpolster bei Frauen stärker entwickelt. Es verhält sich zur Muskulatur wie 28,2 : 35,8, dagegen beim Mann wie 18,2 : 41,8. Infolgedessen sind die äußeren Körperformen der Frau weicher, rundlicher als beim Mann, der, durch die Muskulatur bedingt, eckigere Formen besitzt. Die Haut der Frau, die Oberhaut wie die Lederhaut, ist im ganzen dünner, zarter, durchsichtiger, feiner und hat nur am Kopf stärkere Behaarung als die männliche Haut.

Der Schädel der Frau ist zwar absolut kleiner als der männliche und die Schädelkapazität geringer, dementsprechend auch das Hirnvolum kleiner, das Hirngewicht geringer, im Verhältnis zum Körpergewicht aber größer als beim Mann. Bei diesem treffen auf das Kilogramm Körpergewicht 21,6 g Hirn, bei der Frau 23 g Hirngewicht auf 1 kg Körpergewicht. Ganz ähnlich verhält es sich mit den inneren Organen der Frau. Die Schilddrüse bleibt bei der Frau relativ größer, die Lungen sind absolut kleiner, aber relativ größer, ebenso die Leber und wahrscheinlich das Herz, dessen absolute Maße beim Mann größer sind als bei der Frau. Die linke und rechte Herzkammerwand sind beim Mann 11,4 bzw. 4,1 mm stark, bei der Frau 10,15 bzw. 3,6 mm.

Das Blut der Frau hat ein etwas geringeres spezifisches Gewicht als das der Männer und enthält an Zahl etwa eine halbe Million weniger rote Blutzellen im Kubikmillimeter als der Mann, der etwa 5 Millionen rote Blutzellen im Kubikmillimeter hat. Auch Blutplättchen sind bei der Frau weniger vorhanden als beim Mann. Das Volum der Blutkörperchen bei Frauen beträgt nur 38 Proz. gegenüber 42 Proz. des Gesamtblutes des Mannes, der Hämoglobingehalt nur 89 Proz., wenn man den der Männer mit 100 Proz. bezeichnet. Die Blutgefäße sind kleiner, enger, dünnwandiger als beim Mann.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von den anatomischen Unterschieden der Geschlechtsorgane sind für uns wichtig die größere Schleimhautoberfläche der Vulva und Scheide, die Lagerung von Gebärmutter, Eierstöcken und Eileiter zwischen Blase und Mastdarm im kleinen Becken auf dem aus Bändern und Muskeln bestehenden Beckenboden, sowie die Verbindung zwischen Außenwelt und Bauchfell durch Scheide, Gebärmutter und Eileiter.

Der Entwickelungsgang des Menschen zeigt uns eine Hemmung des weiblichen Elementes im Gegensatz zum gesteigerten männlichen Wachstum. Die weiblichen Sexualorgane erinnern immer noch an den embryonalen Urzustand, der ganze übrige Körperzustand zeigt mehr den kindlichen Typus, die männlichen Formen haben sich weit davon entfernt. Es ist dies nach Liepmann das Hemmungsgesetz des weiblichen Plasmas, das nur in der Pubertätszeit durchbrochen wird, wo die Mädchen sich schneller entwickeln als Knaben gleichen Alters.

Von physiologischen Unterschieden ist folgendes bedeutungsvoll: Das Wachstum der Mädchen ist schneller beendet, etwa mit 20 Jahren, entsprechend der etwas früheren Reife, als beim Mann, dessen Wachstum etwa mit 23 Jahren seinen Abschluß findet. Auch der Schädel erreicht früher seinen Wachstumsabschluß. Das Körpergewicht und die inneren Organe, die schon bei weiblichen und männlichen Neugeborenen nicht gleich schwer sind (3500 g bei Knaben, 3250 g bei Mädchen), wachsen bei beiden Geschlechtern bis zur völligen Ausbildung in verschiedener Weise. Bei der Frau ist das Verhältnis des Körpergewichts und des Gewichts der inneren Organe zu dem bei der Geburt vorhandenen Zustande geringer als beim Mann, nur die Milz macht eine Ausnahme, die bei der Frau verhältnismäßig schwerer ist als beim Mann. Der Mann erreicht sein größtes Gewicht mit etwa 40 Jahren, die Frau erst mit 50 Jahren. Die vitale Kapazität der Lungen, d. h. die Menge der aus den Lungen nach tiefster Einatmung bei größtmöglichster Ausatmung austreibbaren Luft beträgt bei gleicher Körperlänge und gleichem Brustumfang bei der Frau 2550 ccm, beim Mann 3660 ccm, verhält sich also wie 7 : 10. Vom 15. Lebensjahre an ist die Atmungszahl bei Frauen höher als bei Männern. Das Zwerchfell des Mannes hat dickere Muskelfasern als das der Frau, dies hängt wohl mit der intensiveren Bauchatmung (Zwerchfellatmung) des Mannes zusammen, während bei der Frau, insbesondere in den letzten Monaten der Schwangerschaft, der Rippenatmungstyp vorherrscht. Die Pulszahl ist bei der Frau ihrem kleineren Körper entsprechend höher, 66 bis 94 gegenüber 56 bis 84 beim Mann. Der Stoff- und Kraftwechsel ist im Kindesalter bei beiden Geschlechtern von gleicher Intensität. Bei Knaben nimmt er rascher zu als bei Mädchen, entsprechend der Zunahme der Körpergröße usw. der Knaben, mit Ausnahme der Entwickelungszeit, die bei Mädchen früher einsetzt. Der Stoff- und Kraftwechsel erreicht bei Männern den Höhepunkt mit 30 Jahren und nimmt erst vom 50. Lebensjahre ab. Bei der Frau hält sich der Stoffwechsel, d. h. Gaswechsel, Eiweißumsatz und Muskelarbeit, mit Eintritt der Geschlechtsreife auf niedrigerer Höhe als beim Mann und beträgt etwa zwei Drittel des männlichen Durchschnittswertes. Zur Zeit der Menstruation tritt eine Schwankung und während der Gravidität eine erhebliche, den Durchschnittsstoffwechsel des Mannes übertreffende, auch während der Laktationsperiode noch anhaltende Vermehrung ein. Erst mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufhören der Menstruation, dem Beginn des Klimakteriums, wird der Stoffwechsel der Frau wieder gleichmäßig und verläuft in den höheren 50er und 60er Jahren etwa gleich dem männlichen Stoffwechsel dieser Altersklassen. Die Pubertätszeit beginnt und endet bei der Frau früher als beim Mann und früher setzt bei ihr die geistige Reife ein.

Mit dem Pubertätsalter, dem Lebensalter der Blutarmut, die in diesen Zeiten nur die Steigerung eines charakteristischen physiologischen Zustandes darstellt, mit der Menstruation, die mit einem jedesmaligen Verlust von im ganzen etwa 100 bis 200 ccm Blut verbunden ist, setzt die Benachteiligung der Frau ein bezüglich ihrer Körperkraft und verschiedener anderer Funktionen. Diesen alle 4 Wochen sich wiederholenden Verlust muß die Frau wieder einbringen. „Kaum ist dies geschehen," wie der Anatom Oskar Schultze treffend bemerkt, „und der Höhepunkt der Lebensenergie wieder gewonnen, so platzt ein neuer Follikel im Eierstock und die neue menstruelle Blutung setzt ein. So geht die monatliche Lebenswelle und Lebensenergie fortwährend auf und nieder. Die für die Hauptfunktionen des Weibes periodisch verbrauchte Kraft ist seit Jahrtausenden für den inneren Eigenausbau gleichsam verloren gegangen. Der Einzelverlust ist so gering, daß er von zahlreichen Frauen in keiner Weise unangenehm empfunden wird. Der Effekt liegt in der Summation, der Gewinn wird sofort wieder verausgabt, jedoch nicht für den einzelnen Haushalt, sondern im Dienste der Fortpflanzung für andere, welche erst kommen und die Art erhalten sollen."

Liepmann faßt die bei der Frau vorhandene Verbindung zwischen Außenwelt und Bauchhöhle, die physiologische Gewebsverletzung der Eierstockoberfläche und Blutung in die Follikelhöhle, die Menstruation, die vulgär als Unwohlsein bezeichnet wird und nur 16 Proz. aller Frauen ganz beschwerdefrei läßt, das Zerreißen des Hymens bei der ersten Kohabitation, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett — letztere drei Zustände als höchste Form weiblicher Hilfsbedürftigkeit — in den Begriff der Vulnerabilität der Frau zusammen, eine rein anatomisch und physiologisch begründete besondere Eigenschaft der Frau.

Es wäre merkwürdig, betont Liepmann, wenn die Differenzierung der Geschlechter, die sich am sinnfälligsten durch die Lage der Keimdrüsen bei der Frau tief innen in der Beckenhöhle, bei dem Mann außenliegend, kennzeichnet und durch die sekundären Geschlechtsmerkmale, die sich nahezu auf alle Organe des Körpers erstrecken, charakterisiert ist, nicht auch bei den psychischen Eigenschaften in Erscheinung treten würde. Auf Einzelheiten soll nicht eingegangen werden, denen, die sich näher dafür interessieren, sei das ausgezeichnete Liepmannsche Buch „Zur Psychologie der Frau" zu eingehender Lektüre empfohlen. Liepmann begründet anatomisch und physiologisch die psychischen Eigenschaften der Frau. Das tiefere Gemütsleben, ihr Subjektivismus, ihre Phantasie, ihre bessere Menschenkenntnis, ihre Gabe der Intuition, das feinere Gefühl, ihre Mütterlichkeit, ihr Zartempfinden, ihr Takt im gegebenen Moment, ihre stärkere Parteinahme für die Schwachen und Bedrückten, die innige Hoffnungsfreudigkeit, die tiefste Niedergeschlagenheit, das Schwanken zwischen höchstem Mitleid und fanatischer Grausamkeit, ihre zähe Anhänglichkeit an altüberkommene Traditionen, ihre Begeisterung für das Neue, soweit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es gefühlsbetont ist, ihr Fleiß und Pflichteifer, ihre Beobachtungsgabe, schnelle Auffassung und Lernfähigkeit, die Gefühlsbetonung im Wollen und Handeln, ihr mangelndes Interesse am Abstrakten, ihre mangelnde Produktivität in Wissenschaft und bildender Kunst lassen uns die Psyche der Frau anders erscheinen als die des Mannes, nicht besser oder schlechter als die des Mannes, sondern anders. Analog ist es mit der Intelligenz. Man darf ebensowenig von höherer oder geringerer Durchschnittsintelligenz eines der beiden Geschlechter sprechen, wie die Annahme gestattet ist, die männliche Geschlechtszelle bedeute mehr als die weibliche; denn diese sind biologisch gleichwertig.

So haben wir uns auf Grund festgestellter anatomischer, physiologischer und psychischer Unterschiede beider Geschlechter von der Verschiedenheit ihres Körperbaues, ihrer physiologischen wie psychischen Funktionen überzeugt. Wir können nicht von Unter- oder Überwertigkeit eines Geschlechtes, sondern nur von einer Anderswertigkeit sprechen. Wir müssen daher als biologisch geschulte Denker nicht Fürsprecher sein der zu Beginn der Frauenbewegung von einer Seite als höchstes Ideal erstrebten völligen Gleichheit der Geschlechter, insbesondere in geistiger Beziehung, sondern wir wünschen die biologisch begründete Differenzierung der Geschlechter auch im praktischen Leben erhalten und gefördert zu sehen in einer gesunden Betätigung beider auf den für sie in Frage kommenden Gebieten. Und das um so mehr, als die gewerbliche Arbeit auf die Frau in körperlicher und geistiger Beziehung einen ganz anderen Einfluß ausübt als auf den Mann. Dieser Einfluß erstreckt sich bei der gewerblich tätigen Frau nicht nur auf sie selbst, sondern auch auf den Zustand der kommenden Generation nach Quantität und Qualität, da Zeugungs- und Gebärfähigkeit, Zeugungswille und Gebärlust sehr erheblich beeinträchtigt wird, und so ist die gewerbliche Frauenarbeit in fortpflanzungshygienischer Hinsicht sowie für den Volksbestand überhaupt sehr bedeutungsvoll, insbesondere auch die gewerbliche Arbeit verheirateter Frauen wegen ihrer viel engeren Bindung an die Familie, wegen des prinzipiellen Gegensatzes zwischen außerhäuslicher Berufstätigkeit und den gattungsdienstlichen Aufgaben.

Die soziale Not hat die außerhäusliche Berufsarbeit der verheirateten Frau überhaupt erst erforderlich gemacht. Die Frauenbewegung lehnt sie nicht ab, trotz der Anerkenntnis, daß die außerhäusliche Arbeit der verheirateten Frau — biologisch betrachtet — oft zum Ruin der Familie führt, weil sie die Lebenshaltung an sich günstig zu beeinflussen imstande ist.

Die gewerbliche Arbeit auch der unverheirateten Frau ist volkshygienisch von großer Bedeutung, da ein großer Teil der Frauen nach mehreren Jahren gewerblicher Schädigung heiratet und so gegebenenfalls erworbene Schädigungen auf die Kinder vererbt, den Nachwuchs beeinträchtigt; oder auch die Arbeiterinnen gebären uneheliche Kinder, die noch viel mehr Schädigungen ausgesetzt sind als die ehelichen. Für die nicht verheirateten, nicht gebärenden gewerblich tätigen Frauen kommt persönliche Schädigung, aber nicht fortpflanzungshygienische Bedeutung in Frage.

Man hat behauptet, die außerhäusliche gewerbliche Arbeit der Frauen sei nur eine örtliche Verlegung aus dem Hause in die Fabrik usw., an sich habe die Frauenarbeit keine Vermehrung erfahren, da früher die Frau im Hause zur Deckung des eigenen Bedarfs ebensoviel gearbeitet habe. Gewisser-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

maßen besteht diese Behauptung zu Recht. Gerade zurzeit, bei der merkwürdigen Knappheit und Kostspieligkeit häuslicher Hilfskräfte sind unsere Hausfrauen von morgens früh bis abends spät unermüdlich tätig, um ihren Hausstand zu besorgen, die Kinder zu beaufsichtigen, Ordnung und Sauberkeit im Hause zu erhalten. Aber diese der Frau naheliegende Tätigkeit im Haus, Hof und Garten, Küche, Keller, bei der Herstellung der Kleidung und Zubereitung der Nahrung, bei der Erziehung der Kinder usw. hat wegen ihrer abwechslungsreichen Art, wegen der Möglichkeit der eigenen Disposition und Gelegenheit, nach Wunsch Pausen einzuschalten, in hygienischer Beziehung im allgemeinen nicht die schädigende Wirkung wie die außerhäusliche an bestimmte Tagesstunden fest gebundene gewerbliche Berufsarbeit. Gerade die Verlegung der Arbeit in die Fabrik, die Ansammlung zahlreicher Arbeiter in einem Raum, die Luftverschlechterung durch erhöhte Temperatur und Feuchtigkeit, durch Staub, Gase oder Dämpfe, durch Krankheitserreger, durch Geräusche und Erschütterungen, die Arbeitsintensität, insbesondere bei Akkordarbeit, die Haltung bei bestimmten Arbeiten, z. B. dauerndes Stehen oder Sitzen, geneigte oder gebückte Körperhaltung, Ermüdung bestimmter Muskelgruppen, Nervenbahnen und innerer Organe durch Einförmigkeit der Arbeit, chemische Einwirkungen gewerblicher Gifte, Betriebsunfälle stellen eine große Reihe von Schädigungsmöglichkeiten dar, denen die Hausfrau im allgemeinen nicht ausgesetzt ist. Allerdings wird meiner Auffassung nach auch der Gebärwille gerade bei den Hausfrauen des Mittelstandes durch die starke Belastung mit Hausarbeit, die kaum noch Zeit läßt zur Beschäftigung mit der jetzt gerade uns so nötigen Geisteskultur, sehr erheblich beeinträchtigt.

Soweit Statistiken vorliegen — ganz neue stehen mir leider nicht zur Verfügung — ist die Sterblichkeit der gewerblich tätigen Frauen weit höher als die Sterblichkeit aller Frauen, die mit Ausnahme der Altersklassen zwischen 25 und 35 Jahren eine geringere Sterblichkeit als die Männer zeigen. Stark vermehrt ist die Sterblichkeit in den Entwickelungsjahren und bei den hauptsächlich für die Gebärtätigkeit in Frage kommenden Altersklassen. Dies erscheint uns auf Grund der in der Einleitung gegebenen anatomischen und physiologischen Daten als selbstverständlich. Die Erwerbsarbeit schädigt auch die kommende Generation nach Zahl und Art, indem Totgeburten, Fehlgeburten und Frühgeburten dadurch vermehrt werden.

Unter den erwerbstätigen Frauen sind die verheirateten wieder schlimmer daran als die unverheirateten. Sterblichkeitszahl, Krankheitszahl und durchschnittliche Dauer des Krankheitsfalles ist bei verheirateten größer als bei unverheirateten gewerblichen Arbeiterinnen. Auch dieses erscheint uns selbstverständlich. Die in ihrem Organaufbau anatomisch und physiologisch insbesondere betreffend Körpermaße und Körperkraft anders als der Mann geartete Frau kann unmöglich zu gleicher Zeit die Lasten der gewerblichen Arbeit, der Hausarbeit und des Gattungsdienstes tragen. Nur Ausnahmenaturen sind vielleicht imstande dazu. Auch die Männer, die von Natur mit größeren Kräften ausgestattet sind, könnten eine derartige Arbeitslast auf die Dauer unmöglich aushalten.

Die Schädigungen durch gewerbliche Frauenarbeit können, wie schon erwähnt, durch verschiedene Umstände bedingt sein. Wir wollen sie der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reihe nach behandeln, immer von der Tatsache ausgehend, daß die Frau auf Grund ihres anatomischen Baues, auf Grund ihrer physiologischen Funktionen usw. nicht gleich-, sondern andersartig beurteilt werden muß als der Mann.

Die Ansammlung zahlreicher Menschen im Arbeitsraum hat eine Luftverschlechterung zur Folge, die in erster Linie in einer Erhöhung der Raumtemperatur und der Feuchtigkeit besteht, außerdem kommen noch Riechstoffe in Frage. Uns allen ist aus Erfahrung bekannt, daß bei Versammlungen in geschlossenen Räumen zuerst die Frauen in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt werden, kommen nun noch Staub, Gase oder Dämpfe dazu, so wird die Gefahr der Schädigung erhöht, um so mehr, als die vermehrte Schleimhautoberfläche, die Haarfülle der Frau und die Frauenkleidung größere Absorptionsflächen für die schädigenden Einflüsse darstellen. Das gleiche gilt für die Aufnahme etwa in der Luft befindlicher Krankheitserreger, z. B. Milzbrand und Tuberkulose. Auf Geräusche und Erschütterungen reagieren Frauen viel leichter als Männer. Jedem von uns ist bekannt, wieviel mehr schreckhafter die Frauen sind, wie sie bei einem plötzlichen Knall zusammenzucken, wie sie bei Blitz und Donner sich ängstigen. Und bei Erschütterungen oder Schwankungen brauchen wir nur an die Seekrankheit zu denken, die bei Frauen viel häufiger und schwerer eintritt, insbesondere auf Schnelldampfern, deren Erschütterungen viel bedeutender sind als die langsam fahrenden Schiffe.

Die Arbeitsintensität wird durch die Akkordarbeit sehr erheblich gefördert. Rein vom hygienischen Standpunkt gesehen, kann die Akkordarbeit unter Umständen schädlich wirken. Verringert wird die Schädigung durch die gesetzlich festgelegte Arbeitszeit. Für die gewerbliche Arbeiterin erscheint der achtstündige Arbeitstag, wenn innerhalb dieser acht Stunden intensiv gearbeitet wird, aus hygienischen Gründen als Höchstmaß. Natürlich muß für die Arbeiterin als Grundsatz gelten, die Freizeit zweckdienlich zu benutzen.

Die Haltung der Arbeiterin in den verschiedenen gewerblichen Berufen kann erhebliche Schädigungen zur Folge haben. Dauerndes Stehen erhöht die Arbeit des Herzens. Ist kaum Möglichkeit vorhanden, die Muskeln der Beine zu bewegen, so tritt in den Blutadern der Unterschenkel eine Stauung ein, die zu Blutadererweiterung und Unterschenkelgeschwüren führen kann. Bei Frauen sind Krampfadern viel häufiger als bei Männern, bedingt durch den zarteren Gefäßbau, bedingt durch die geringere Saugkraft des Herzens, bedingt durch den während der Schwangerschaft auf die Beckenblutadern ausgeübten Druck. Bei wechselnder Muskeltätigkeit wird das Blut in den abhängigen Körperpartien mittels der in den Blutadern befindlichen Klappenventile am Rückfluß behindert und weiter befördert. Unterschenkelgeschwüre sind eine häufige Folge der Krampfadern insbesondere bei Frauen, da infolge der jetzigen Frauenkleidung Staub viel leichter an die Unterschenkel gelangen und dort zum Scheuern und Jucken reizen kann. Auch Verletzungen dieser Gegend sind bei Frauen häufiger. Dauerndes Stehen hat einen schädigenden Einfluß auf die Knochen und den Bandapparat der Füße. Plattfüße und Knickfüße sind die Folge. Diese sind allerdings auch verursacht durch das von Frauen meist getragene, sehr unhygienische hochgehackte spitze Schuhwerk, das eine vollständig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

andere Belastung des Fußgewölbes als unter normalen Lageverhältnissen verursacht.

Beim dauernden Sitzen kann eine Stellungsänderung der Beine stattfinden und so werden die Schädigungen durch Blutstauung und die Belastungsdeformitäten der Beine und Füße vermieden. Dagegen hat es eine Stauung im Becken, in der Bauchhöhle, im Pfortadersystem zur Folge, vermehrt durch die häufig beim Sitzen stattfindende gekrümmte Körperhaltung mit mehr oberflächlicher Atmung und hierdurch bedingter verminderter Saugkraft des Herzens. Hämorrhoiden sind die bekanntesten Stauungsleiden sitzender Berufe.

Der Berliner Frauenarzt Max Hirsch hat sich eingehend mit den durch dauerndes Stehen oder Sitzen verursachten Störungen der weiblichen Sexualorgane und der in ihrer Nähe liegenden Körperteile beschäftigt. Lageveränderungen der Gebärmutter, Stauungserscheinungen im Blutadersystem des Beckens, Entzündung der Scheide, der Innenhaut der Gebärmutter, der Gebärmuttermuskulatur, der neben der Gebärmutter liegenden Gewebsteile, Senkungen der Eingeweide, Stauungen im normalen Ablauf des monatlichen Unwohlseins können die Folge sein neben Wachstumshemmungen im knöchernen und muskulösen Apparat des Beckens, Entwickelungshemmung der Geschlechtsorgane vor allem bei jugendlichen gewerblichen Arbeiterinnen. Die Beckenformitäten sind bedingt durch dauernde Anspannung der am knöchernen Becken befindlichen Muskulatur, die die Wachstumsrichtung der Knochen beeinflußt, insbesondere bei latenter und sichtbarer Rachitis. Sie bestehen in Abflachung des Kreuzbeines, Ausladung der Beckenschaufel, dem platten Becken, das ein wichtiges Geburtshindernis darstellt. Platte Becken haben ihre Ursache insbesondere in schwerer körperlicher Arbeit.

Durch dauerndes Sitzen werden die Bänder und Muskeln des Beckenbodens in ihren Funktionen geschwächt, wie man durch objektive Untersuchung der Kontraktionsfähigkeit des Afterhebers (Levator ani) feststellen kann. Die Folge der Erschlaffung des Beckenbodens ist Stuhlträgheit und Senkung der Gebärmutter. Bewegliche Rücklagerung der Gebärmutter tritt ein bei dauerndem Sitzen mit vornübergeneigtem Körper oder beim Stehen und Gehen in gebückter Haltung infolge Aufrichtung der durch Stauung verhärteten Gebärmutter, auf die nun durch die Organe der Bauchhöhle mehr am Scheitel und der Vorderfläche der Druck ausgeübt wird als normalerweise an der hinteren Fläche. Vermehrt wird diese Lageanomalie durch die von vielen Frauen geübte lange Harnhaltung, die durch Überfüllung der vor der Gebärmutter liegenden Harnblase die Gebärmutter nach hinten drängt. Auch Entzündung des Dickdarms und seiner Umgebung sowie zystische Schwellung der Eierstöcke kann durch dauerndes Sitzen bedingt sein.

Die dauernde einförmige Tätigkeit bestimmter Muskelgruppen mit den sie versorgenden Nervenbahnen und den dazu gehörigen Bändern und Gelenken hat örtliche Ermüdungen zur Folge mit Zittern, Krämpfen, Lähmungen, Entzündungen. Allgemeine körperliche Ermüdung durch Überanstrengung führt zu Schweißausbruch, Zittern, Störungen der Blutverteilung und des Herzens, als Röte oder Blässe des Gesichts, als Unregelmäßigkeit oder Beschleunigung des Pulses, als Sinken des Blutdruckes in Erscheinung tretend.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über den Einfluß der Eintönigkeit der Arbeit auf die Psyche des Arbeiters bzw. der Arbeiterin ist man sich noch nicht ganz einig. Die einen behaupten, die Eintönigkeit und Enge der geistigen Arbeit, der Mangel innerer Befriedigung usw. erzeuge einen Zustand nervöser Ermüdung und Erschöpfung, und diese bilde die Disposition zu verschiedenen Krankheiten. Die anderen sind der Ansicht, daß bei der gewerblichen Arbeit weniger die Eintönigkeit, sondern die Bezahlung eine Rolle spiele. Geistig sehr regsame Arbeiter können wohl psychisch durch die immer wiederholende abwechslungslose Arbeit leiden, wenngleich die Gewöhnung viel mildert, halb unbewußt gearbeitet wird und die Gedanken sich mit anderen Dingen beschäftigen. Andererseits verhindert der durch die Maschine bedingte Arbeitsfortgang oder das persönliche Interesse an der Akkordarbeit die Langeweile. Nach den Feststellungen von K. B. Lehmann werden die verschiedenen Arbeiten gleich gern ausgeführt bei lohnender Bezahlung, wenn sie nicht gerade widerwärtig, schmerzhaft oder offenkundig gesundheitsschädlich sind, auch wird die Arbeit nicht gern vertauscht, da neue Arbeiten zu lernen dem Arbeiter unbequem wird.

Die chemische Einwirkung gewerblicher Gifte ist auf die Frau intensiver als auf den Mann wegen ihres geringen Körpergewichtes, ihrer zarteren Haut, der größeren Schleimhautflächen, der langen Haare, in denen sich mehr Staub ablagert und von denen Gase und Dämpfe wegen der großen Oberfläche rein physikalisch aufgenommen werden. Man kann sich leicht von dieser Tatsache überzeugen, wenn eine Frau sich in einem mit Tabaksrauch erfüllten Lokal aufgehalten hat. Das Haar riecht noch lange Zeit nachher nach Tabaksqualm, wenn nicht zweckentsprechende Reinigungsmaßnahmen getroffen werden. Auch die Frauenkleidung disponiert zur stärkeren Aufnahme gewerblicher Gifte. Dazu kommt noch die häufig spezifische Giftwirkung auf die weiblichen Generationsorgane mit ihren verderblichen Folgen für die Schwangerschaft und die etwa ausgetragenen Kinder.

Die Unfälle spielen in der gewerblichen Frauenarbeit eine verhältnismäßig geringe Rolle, da die Arbeiterin in Betrieben mit hoher Unfallgefahr nicht beschäftigt wird.

Außer den schon genannten direkten schädigenden Einflüssen der gewerblichen Frauenarbeit sind noch diejenigen Störungen zu berücksichtigen, die auf dem Boden der bei gewerblich tätigen Frauen so häufig vorhandenen Blutarmut, Bleichsucht auftreten, die insbesondere auch die Verdauungsorgane, die Harn- und Geschlechtsorgane betreffen können. Die Chlorose befällt hauptsächlich das jugendliche Alter; Unterernährung, Erschöpfung und Entkräftung kann die Folge sein.

Unterernährung, Erschöpfung und Entkräftung tritt auch bei außerhäuslich arbeitenden Frauen wegen der Unregelmäßigkeit der Ernährung und der wegen Zeitmangels oft unzweckmäßigen Zubereitungsart oder Wahl der Nahrungsmittel auf. Dies wirkt besonders ungünstig bei schwangeren Frauen in den letzten Monaten, denn in den letzten 100 Tagen werden von der Frucht 75 Proz. des Gesamtgewichtes angesetzt. Die Frucht entnimmt das zum Aufbau nötige dem mütterlichen Organismus ohne Rücksicht auf deren Nahrungsaufnahme. Dies muß die erwerbstätige Frau noch mehr schädigen, da sie im allgemeinen schon einen höheren Nahrungsbedarf als die nichterwerbstätige Frau hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ziehen wir nun das Fazit aus unseren Betrachtungen, so erscheint es vom sozial- und fortpflanzungs-hygienischen Standpunkt erwünscht bzw. erforderlich, die gewerbliche Berufsarbeit der verheirateten Frau bzw. der Mutter im allgemeinen überhaupt auszuschalten. Die Lohnsätze für die männliche Arbeit müssen derartig gehalten sein, daß aus wirtschaftlichen Gründen die Ehefrau nicht auf Erwerb außerhalb des Hauses auszugehen braucht. Bis die Ausschließung der verheirateten Frau sich ermöglichen läßt, sind weitgehendere Erleichterungen für sie einzurichten. Wegen der anatomisch, physiologisch und psychisch anders gearteten Eigenschaften der Frau bedarf auch die gewerbliche Arbeit der unverheirateten Frauen einer besonderen Aufsicht und Fürsorge, vor allen Dingen gilt dies für die Jugendlichen, die Schwangeren und Mütter.

Die Fürsorge besteht in erster Linie in behördlichen Maßnahmen, die für bestimmte Betriebe oder bestimmte Teile von Betrieben oder bestimmte Arbeitsarten die Frauenarbeit überhaupt ausschließen, z. B. von Arbeiten, die erhebliche Muskelarbeit erfordern, von Beschäftigung in sehr heißen Räumen, von Giftindustrien, von Nachtschichten, von Arbeiten unter Tag usw. Für die jugendlichen Arbeiterinnen bestehen wegen der in den Entwickelungsjahren besonders starken Gefährdung eine große Reihe spezieller Bestimmungen und Vorschriften, für die Schwangeren, Wöchnerinnen und Mütter hat das neue Reichswochengesetz wesentliche Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen festgelegt. Weitere Fürsorgeeinrichtungen in Gestalt von Anordnungen über den Arbeitsraum, Heizung, Lüftung, Beleuchtung, Schutz gegen Staub, Gase, Dämpfe, Geräusche und Erschütterungen usw., in Form von Sitzgelegenheiten, Fußbänken, Einfügung von Arbeitspausen, Bade-, Wasch-, Toilettenräumen in genügender Zahl, Frühstückszimmern, Stillstuben, Krippen, Kinderhorten, Kindergärten usw. sind teils behördlich vorgeschrieben, teils von seiten der Fabrikbetriebe privatim eingerichtet.

Wünschenswert ist vor allen Dingen, die weibliche Generation in den Entwickelungsjahren noch mehr zu schützen als bisher, im Interesse der Gesunderhaltung des Nachwuchses. Agnes Bluhm hat den sehr beachtenswerten Vorschlag gemacht, jugendliche Mädchen bis zu 16 Jahren überhaupt von der gewerblichen Arbeit in Fabriken und gleichgestellten Betrieben ganz auszuschließen. Für die älteren jugendlichen Mädchen wäre eine Kürzung der Arbeitszeit und Einschaltung von Pausen, soweit dies nicht schon eingetreten ist, erwünscht, denn die Entwickelung des weiblichen Körpers ist mit 16 Jahren, wie wir gesehen haben, noch nicht annähernd abgeschlossen.

Der hauswirtschaftliche Dienst kann so viel weibliche Hilfskräfte aufnehmen, daß diese während der Entwickelungsjahre im Haushalt eine hygienisch bessere Tätigkeit ausüben würden; andererseits kommen die erworbenen hauswirtschaftlichen Kenntnisse den jungen Mädchen selbst bei ihrer Verheiratung, der Familie, insbesondere dem Nachwuchs und dadurch der Gesundheit des ganzen Volkes zugute.

Durch eine zweckmäßige Berufsberatung müssen für die Arbeiterin diejenigen Berufe ausgesucht werden, die ihrer Leistungsfähigkeit am besten entsprechen. Besonders solche Berufe kommen in Frage, die eine gewisse Handfertigkeit und Geschicklichkeit erfordern, wozu die Frau hervorragend geeignet ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es dürfte zu weit führen, jedes einzelne Frauengewerbe bezüglich seiner besonderen Anforderungen und Schädigungen durchzusprechen. Arzt, Gewerbeaufsichtsbeamter und Berufsberater werden die anatomischen, physiologischen, psychischen Unterschiede der beiden Geschlechter dauernd vor Augen haben müssen, um unter Berücksichtigung der berufskundlichen und gewerbehygienischen Erfahrungen in jedem an sie herantretenden Einzelfall das richtige Urteil zu fällen und gegebenenfalls den zuständigen Behörden und Körperschaften geeignete Vorschläge zu machen zur Vorbeugung von Schädigungen, die bei weiblichen Berufen so viel bedeutungsvoller sind als bei der männlichen Erwerbsarbeit.

Literatur.

Agnes Bluhm, Hygienische Fürsorge für Arbeiterinnen und deren Kinder. Weyls Handbuch, 2. Aufl. 1914, Bd. 7.

Boruttau, Fortpflanzung und Geschlechtsunterschiede des Menschen. Aus Natur und Geisteswelt. Leipzig und Berlin, Teubner.

Max Hirsch, Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau 1919. Stuttgart, F. Enke.

Kölsch, Allgemeine Gewerbe-Pathologie und Gewerbe-Hygiene. Weyls Handbuch, 2. Aufl. 1914, Bd. 7.

Landois-Rosemann, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1919.

K. B. Lehmann, Arbeits- und Gewerbehygiene. Leipzig, S. Hirzel, 1919.

Liepmann, Psychologie der Frau. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1920

Oskar Schultze, Das Weib in anthropologischer und sozialer Betrachtung 2. Aufl. Leipzig 1920.

Besprechungen.

Edmund Fischer. Die Sozialisierung der Wasserwirtschaft in Sachsen. Veröffentl. der sächsischen Landesstelle für Gemeinwirtschaft, Heft 7. 48 S. Dresden, v. Zahn & Jaensch, 1920. 2,50 M.

Durch Art. 97 der Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. August 1919 gehen alle dem allgemeinen Verkehr dienenden Wasserstraßen in das Eigentum und die Verwaltung des Reiches über. Im Anschluß hieran fordert der Verf., daß auch die übrigen, nicht hierunter begriffenen Oberflächengewässer, wie die nichtschiffbaren Wasserläufe, Bäche, Seen, Teiche usw., aber auch die bisher den Grundeigentümern gehörenden unterirdischen Gewässer und Quellen durch Gesetz in den Besitz des Staates oder der Gemeinden treten, und daß das Fischereirecht der Privatpersonen aufgehoben wird. Der Zweck dabei ist die Erleichterung der Schaffung von Trink- und Nutzwasserleitungen, die Förderung der Anlage von Wasserkraftwerken, die Möglichkeit künstlicher Bewässerung von Acker- und Wiesenland in regenarmen Zeiten und die Verhütung von Überschwemmungen, um durch Hebung der Gesundheit und Erhöhung der Erzeugung von gewerblichen und landwirtschaftlichen Werten unserer Verarmung entgegenzuwirken.

Zum Beweise der Notwendigkeit dieser Maßregeln für Sachsen führt er nach amtlichen Erhebungen an, daß von den 3000 Gemeinden des Landes 2400 noch ohne öffentliche Wasserversorgung sind, und daß darunter Städte mit 3500 Einwohnern und Landgemeinden bis zu 12 000 Einwohnern sich befinden. Er bringt eine lange Liste von Orten mit mehr als 1000 Bewohnern aus allen Amtshauptmannschaften, denen eine zentrale Wasserversorgung fehlt. Neben Gefällestrecken, die Wasserkräfte im Betrage von 140 000 Pferdestärken liefern, sind noch unausgebaute Strecken vorhanden, die die Gewinnung von weiteren 50 000 Pferdekräften ermöglichen. Die Wasserbaudirektion hat 72 Stellen in den Flußgebieten Sachsens bezeichnet, die zur Anlage von Stau- und Sammelbecken geeignet sind. Der Verf. führt sie mit Ortsangabe und Sperrinhalt auf. Davon sind bisher nur 4 fertig und 16 im Bau oder in Vorbereitung hierzu. Es ist also noch viel zu schaffen.

Die Organisation der sächsischen Wasserwirtschaft soll nach dem Vorschlage des Verf. so gestaltet werden, daß das Land in Wasserwirtschaftsbezirke geteilt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und in deren jedem eine Genossenschaft aus den Gemeinden gebildet wird. An der Spitze steht das Landeswasserwirtschaftsamt und ihm zur Seite ein Wasserwirtschaftsrat aus gewählten Vertretern der Bezirke. Globig (Berlin).

W. Schwaab, Dipl.-Ing. Entwässerung und Reinigung der Gebäude mit Einschluß der Abortanlagen. 86 S., 92 Abbild. Berlin u. Leipzig, Verein wiss. Verleger, Sammlung Göschen, 1921. 2,10 M. u. 100 Proz.

Eine Darstellung der Gebäudeentwässerung und der Abfallstoffbeseitigung aus den Häusern vom technischen Standpunkte, knapp und klar, mit vielen guten Bildern. Abel.

A. Loewy und George Meyer. Badehygiene und Rettung bei Ertrinkungsgefahr. 31 S., 17 Abbild. Berlin, R. Schoetz, 1921. 2,60 M.

Kurze Zusammenstellung der Verhaltungsmaßregeln beim Baden, der Rettungseinrichtungen und Wiederbelebungsverfahren, mit guten Bildern, im Auftrage des Ministeriums für Volkswohlfahrt herausgegeben. Abel.

Grotjahn und Kriegel. Bibliographischer Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik, sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 13, Heft 1. 228 S. Berlin, R. Schoetz, 1921. Geh. 30 M.

Der Bericht bringt das Verzeichnis der im Jahre 1919 erschienenen Schriften auf den einschlägigen Gebieten. Abel.

R. Fischer. Hygiene der chemischen Großindustrie, Anorganische Betriebe. Weyls Handbuch der Hygiene, 2. Aufl., herausgegeben von A. Gärtner. 7. Bd., besonderer Teil, 6. Abteil. 144 S., 47 Abbild. Leipzig, J. A. Barth, 1921. 25 M.

Der Verfasser behandelt mit einigen Mitarbeitern in diesem Teile technisch und hygienisch wichtige Metalle (Kupfer, Blei, Chrom u. a.), ferner den Portlandzement und die künstlichen Düngestoffe. Die Darstellung ist eingehend, nur bei der Feststellung der Bleivergiftung nicht hinreichend; die Bilderbeigaben sind schön. Abel.

Kleinere Mitteilungen.

Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände.

Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz, das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge und der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus haben sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen (Geschäftsstelle: Charlottenburg 5, Frankstraße). Der Zweck ist, ein engeres Zusammenarbeiten der vereinigten Verbände herbeizuführen, sich gegenseitig zu fördern, zu ergänzen und zu unterstützen und zu Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen gemeinsam Stellung zu nehmen.

Blätter für Wohlfahrtspflege. Herausgegeben vom Sächsischen Landesamt für Wohlfahrtspflege. Leipzig, B. G. Teubner. Jahrgang 15 M.

Das Sächsische Landesamt für Wohlfahrtspflege gibt neuerdings eine eigene Zeitschrift heraus, die neben amtlichen Mitteilungen Beiträge über alle Gebiete der Wohlfahrtspflege und Gesundheitsfürsorge bringt. Interessenten seien hiermit auf das Unternehmen hingewiesen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Cöln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Cöln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel** und **Dr. S. Merkel**

Geh. Obermedizinalrat, Jena — Obermedizinalrat, Nürnberg

Siebenter Jahrgang. 1922

(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

Braunschweig

Druck und Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges.

1922

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alle Rechte vorbehalten

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahresübersicht.

a) Aufsätze.

Seite

Achtstundentag und Krankenpflegeberuf. Von Regierungs-Medizinalrat Dr. M. Thumm, Leipzig-Dösen 181

Altersinterpolation, Über, bei Kindermessungen und über ein neues Verfahren derselben. Von Prof. Dr. Lampart und Medizinalrat Dr. med. et phil. Bachauer in Augsburg. (Mit 3 Abbildungen) 361

Arzt, Der öffentliche, und die öffentliche Gesundheitspflege. II. Von Obermedizinalrat Dr. Moritz Henkel, Garmisch 1

Arzt und Jugendamt. Von Prof. Dr. Krautwig, Köln. (Vortrag, gehalten am 21. Mai 1921 auf dem Bevölkerungspolitischen Kongreß der Stadt Köln) 81

Desinfektionsverfahren mit Blausäure, Das. Von Kreisarzt Dr. Wolf in Cassel. (Zusammenfassende Übersicht II) 126

Diphtherie, Über den Verlauf der, in Schöneberg von 1909 bis 1921. Von Dr. Lucia Hahn, Schulärztin im Bereich des Gesundheitsamtes Schöneberg. (Mit fünf Abbildungen) 267

Ehevermittelung, Über geschäftsmäßige und amtliche. Von Dr. med. Fetscher. [Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule Dresden. Direktor: Prof. Dr. Ph. Kuhn] 109, 157

Ernährungslage, Unsere, nach dem Kriege nach Untersuchungen in öffentlichen Speiseanstalten. [Aus dem Hyg. Institut der Universität Königsberg i. Pr.] Von Dr. W. E. Hilgers, Assistent des Instituts. (Mit einer Abbildung) 221

Gebürtigkeit, Die, und Sterblichkeit der Kinder in Heidelberg in den verschiedenen sozialen Schichten. Von E. G. Dresel und Fr. Fries . . 289

Geschlechtskrankheiten, Die Beratungsstellen im Entwurf des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der. Von Landesrat Dr. Karl Vossen in Düsseldorf 231

—, Prinzipienfragen bei den Gesetzentwürfen zur Bekämpfung der. Von Dr. med. Dreuw in Berlin 117

Gesundheitsfürsorgerische Tätigkeit beim Jugendamt, Die. Von Rechtsrat Dr. Ammann, Vorstand des Jugendamtes Heidelberg 37

Gesundheitspflege, Chronik der. Arbeits- und Gewerbehygiene. Von Obermedizinalrat Dr. Franz Spaet in München 204

—, — —. Infektionskrankheiten. Von Obermedizinalrat Dr. Franz Spaet in München 131

—, — —. Leibesübungen. Von Privatdozent Dr. Gerhard Wagner in Danzig 92

—, — —. Leibesübungen. Von Dr. Gerhard Wagner, Direktor des Hygienischen Instituts der Freien Stadt Danzig 408

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Gesundheitspflege, Chronik der. Rassenhygiene und Vererbungslehre. Von Sanitätsrat Dr. W. Weinberg in Stuttgart 238
—, — —. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 1921/22. Von Prof. Dr. Sieveking in Hamburg 348
—, — —. Schulhygiene. Von Stadtschuloberarzt Dr. Rudolf Bandel in Nürnberg 168
—, — —. Wohnungsfürsorge und Wohnungspolitik. Von Prof. Dr. A. Korff-Petersen, Berlin 314
Gesundheitspolitik, Zur. Von Stadtarzt Dr. Ernst Neumann, Neumünster 217
Hygienischen Volksbelehrung, Die Technik der. Von Medizinalrat Dr. G. Seiffert, München 374
Laboratorien, Einrichtung und Aufgabe gewerbeärztlicher. [Aus dem Laboratorium für gewerbliche Medizin und Hygiene des bayerischen Landesgewerbearztes.] Von Medizinalrat Dr. G. Seiffert in München 405
Lungenkranke, Ärzte und Fürsorge für. Die Entwicklung in Köln vom Beginn der Fürsorge bis heute. [Aus dem Gesundheitsfürsorgeamt der Stadt Köln. Leiter: Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig.] Von Dr. Vonessen, Stadtarzt 387
Morbidität, Die, in den Städten des Kreises Rössel 1918, beurteilt an Hand der Lebensmittelatteste. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Dr. Ilse Lembke 335
—, —, in der Stadt Detmold 1916 bis 1919. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Dr. Reinhold Otto 397
Morbiditätsstatistik, Zur. (Vorbemerkungen zu den Aufsätzen der DDr. J. Lembke, F. Köster und R. Otto.) Von Prof. Dr. Abel in Jena 329
„Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg." Von Dr. Felix Burkhardt in Dresden. (Bemerkungen zu dem Aufsatz von F. Winkler) 166
Schularztwesens, Die Entwicklung des deutschen, in den letzten 25 Jahren. Ein kurzer Rückblick von Dr. Poelchau, Schularzt in Charlottenburg 73
Schulhygienische Untersuchungen an Schülern der Oberprima des Gymnasiums, Realgymnasiums und der Oberrealschule zu Gießen über optische Merkfähigkeit für geometrische Figuren unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungsfrage. Von Dr. med. Johannes Müller. [Doktordissertation. Aus dem Hygienischen Institut zu Gießen.] Mit einer Abbildung 49
Sozialen Hygiene, Chronik der. Bevölkerungsbewegung und Bevölkerungspolitik (einschließlich Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge). Von Dr. Alexander Elster, Berlin 26, 64
— —, — —. V. Organisation und Studien der Sozialen Hygiene. Von Dr. Alexander Elster, Berlin 275
Statistik und Vererbung beim Menschen. Von Sanitätsrat Dr. W. Weinberg, Stuttgart 253
Sterblichkeit in Oberschlesien in den Jahren 1909 bis 1918, Die. Von Prof. E. Jacobitz. (Mit einer Abbildung) 300
Tuberkulose, Saisonarbeit und. [Aus dem Laboratorium für Gewerbliche Medizin und Hygiene des Bayerischen Landesgewerbearztes.] Von Dr. F. Koelsch und Dr. G. Seiffert 325
Tuberkuloseerkrankungsstatistik, Versuch einer, für die Stadt Münster während der Jahre 1918/19. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Dr. Friedrich Koester 366
Unehelichen Kindes, Ein weiterer Beitrag zum Problem des. Von Prof. Dr. Hans Reiter in Rostock 145
Wohnungsbaues, Vorschläge zur Finanzierung des. Von Henriette Fürth in Frankfurt a. M. 15

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) Besprechungen.

Seite

Abderhalden. Das Recht auf Gesundheit und die Pflicht, sie zu erhalten. (Kisskalt-Kiel) 143

Ascher. Vorlesungen über ausgewählte Kapitel der sozialen Hygiene. (Abel) 36

Ascoli. Grundriß der Serologie. (Abel) 360

Bacmeister. Die hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose. (Fürbringer-Römhild) 283

Bauer, Fischer und Lenz. Menschliche Erblichkeitslehre. Grundriß der menschlichen Vererbungslehre und Rassenhygiene. Bd. 1. (Weinberg-Stuttgart) 177

Bevölkerungspolitischen Kongreß, Bericht der Verhandlungen des, (sollte heißen Kongresses!) der Stadt Köln vom 17. bis 21. Mai 1921. Herausgegeben vom Gesundheitsfürsorgeamt (warum nicht Gesundheitsamt?) der Stadt Köln. (Weinberg-Stuttgart) 353

Beyer. Gesundheit und gewerbliche Arbeit. (Dr. Sauerteig) 35

Beyli. Fragen der Wohnungspolitik. (Korff-Petersen-Berlin) 355

Beythien. Volksernährung und Ersatzmittel. (V. Ludwig) 420

Biesalski. Leitfaden der Krüppelfürsorge. (Lehmann-Jena) 420

Bischoff. Ernährung und Nahrungsmittel. (Abel) 288

Breul. Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen. (Fürbringer-Heilstätte, Römhild) 176

Brezina. Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten der Kulturländer über die Jahre 1914 bis 1918. (Dr. Lehmann-Jena) 179

Caesar. Über die Verbreitung der Trichinose in Deutschland während der Jahre 1910 bis 1913. (Solbrig-Breslau) 356

Chajes. Kompendium der sozialen Hygiene. (Dresel-Heidelberg) . . . 143

Czerny. Die Bekämpfung der Kindertuberkulose. (Solbrig-Breslau) . . 142

Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1920/21. Herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt. (Abel) 250

Dietrich. Das Bäderwesen im besetzten Rheinland. (V. Ludwig) . . . 357

Derselbe und Kaminer. Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie. (Abel) 288

Derselbe und Lennhoff. Ausgewählte Kur- und Badeorte Österreichs und Bayerns. (Solbrig-Breslau) 356

Dresel. Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg. (Flaig-Berlin) 107

Eberstadt. Das Wohnungswesen. (Abel) 251

Elster. Das Konto des Alkohols in der deutschen Volkswirtschaft. (Abel) 419

Fassbender. Das epidemische Auftreten der Grippe und der Encephalitis lethargica in Preußen im Jahre 1920 und die gegenseitigen Beziehungen der beiden Krankheiten. (Reichert-Jena) 34

Fenkner. Die Tuberkulosefürsorge auf dem Lande. (Solbrig-Breslau) . 142

Derselbe. Die Stellung der Hausfrau im neuen Deutschen Reich. (Dr. Sauerteig) 178

Fischer, A. Tuberkulose und soziale Umwelt. (Abel) 36

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Fischer, R. Hygiene der chemischen Großindustrie. 3. Teil: Organische Betriebe. (Abel) 144

Gesundheitsfürsorge, Blätter für. (Abel) 359

Gesundheitsfürsorgetag, Bericht über den ersten Deutschen, in Berlin am 25. Juni 1921. (Sieveking-Hamburg) 141

Gesundheitswacht. Gemeinverständliche Schriften zur Pflege der Gesundheit und körperlichen Ertüchtigung des deutschen Volkes. (Abel) . . 360

Gesundheitswesen, Das, des Preußischen Staates in den Jahren 1914 bis 1918. (M. Pistor) 71

— —, — — — in den Jahren 1919 und 1920. (M. Pistor) 419

Glaubitt. Ernährungszustand der Bevölkerung in Preußen im Jahre 1920. (Solbrig-Breslau) 143

Greimer. Handbuch des praktischen Desinfektors. Ein Leitfaden für den Unterricht und ein Nachschlagebuch für die Praxis. (Lehmann-Jena) 354

Grober (unter Mitwirkung von Dietrich und zahlreichen Mitarbeitern). Das deutsche Krankenhaus. (Abel) 358

Grotjahn. Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. (Weinberg-Stuttgart) 107

Derselbe und Kriegel. Bibliographischer Jahresbericht über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik über das Jahr 1920. (Abel) 359

Gruber-Mainz. Über Gesittung, Alkoholismus und Geschlechtsleben. (Solbrig-Breslau) 356

Gumprecht. Prophylaxe der Infektionskrankheiten. (Abel) 180

Hahn. Die Reformation des Heilwesens. (Solbrig-Breslau) 142

Halbfass. Grundlagen der Wasserwirtschaft. (Abel) 180

Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/18. (Hage-Jena) 420

Hayek (Innsbruck). Das Tuberkuloseproblem. (Lommel-Jena) 418

D'Herelle. Der Bakteriophage und seine Bedeutung für die Immunität. (Reichert-Jena) 419

Helm. Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1922. (Abel) 359

Herzfeld, Elisabeth. Beiträge zum Aufklärungsunterricht in der Mädchenfortbildungsschule. (Dresel-Heidelberg) 179

Hirsch. Das ärztliche Heiratszeugnis. (Ph. Kuhn-Dresden) 176

Derselbe. Die Fruchtabtreibung. (Weinberg-Stuttgart) 178

Hoepfner. Grundbegriffe des Städtebaues. (Korff-Petersen-Berlin) . 285

Ickert (Mansfeld). Können durch Benutzung gebrauchter Moorwannenbäder Krankheiten übertragen werden? (Solbrig-Breslau) 287

Derselbe. Über den Wert der Typhusschutzimpfung, ermessen an dem Typhus in den Regierungsbezirken Stettin und Köslin. (Hage-Jena) . 355

Juckenack. Zur Reform der Lebensmittelgesetzgebung. (Abel) 108

Derselbe. Die deutsche Lebensmittelgesetzgebung, ihre Entstehung, Entwicklung und künftige Aufgabe. (Abel) 108

Klein. Krankheit, Vererbung und Ehe. (Weinberg-Stuttgart) 354

Klut. Untersuchung des Wassers an Ort und Stelle. (Abel) 180

Kolle-Hetsch. Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. (Abel) 358

Korach. Über die Kommunalisierung der Prostituiertenfürsorge in Berlin. (Solbrig-Breslau) 356

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Kraus und P. Uhlenhuth. Handbuch der mikrobiologischen Technik. (Abel) 360

Krohne. Die Neuauflage des Hebammenbuches. (Dr. Sauerteig) . . . 36

Lämel. Einführung in die schulärztliche Tätigkeit. (Abel) 287

Ländliche Kleinkinderfürsorge. (Sieveking-Hamburg) 141

„Landaufenthalt für Stadtkinder". Jahresbericht 1920 des Vereins (Sieveking-Hamburg) 72

— — —. Jahresbericht 1921 des Vereins. (Lehmann-Jena) 354

Landes-Gesundheitsamtes, Dritter Jahresbericht des, über das Gesundheitswesen in Sachsen auf die Jahre 1914 bis 1918. (Abel) 359

Legge und Goadby. Bleivergiftung und Bleiaufnahme. (Lehmann-Jena) 35

Loewit und Bayer. Infektion und Immunität. (Abel) 360

Luther, Mitzlaff, Stein. Die Zukunftsaufgaben der deutschen Städte. (Abel) 396

Muckermann. Kind und Volk. (Weinberg-Stuttgart) 36

Nassauer. Des Weibes Leib und Leben in Gesundheit und Krankheit. (Engelhorn-Jena) 108

Nissle. Richtlinien und Vorschläge für einen Neuaufbau der Kräfte und Leistungen unseres Volkes. (Solbrig-Breslau) 355

Nowack (Cottbus). Beobachtungen bei einer Pockenepidemie im Landkreise Gelsenkirchen 1919/1920. (Solbrig-Breslau) 287

Psychopathenfürsorge, Bericht über die zweite Tagung über, in Köln am 17. und 18. Mai 1921. (Dresel-Heidelberg) 357

Public Health, A Half Century of, Jubilee Historical Volume of the American Public Health Association. (K. Hintze-Leipzig) 284

Rau. Die Geschlechtskrankheiten allgemeinverständlich dargestellt. (Dresel-Heidelberg) 286

Ringling. Die Urquellen gesunden Nerven- und Seelenlebens, des Willens und des Glückes. (Dresel-Heidelberg) 285

Rubner, v. Gruber, Ficker. Handbuch der Hygiene. Bd. 5: Nahrungsmittel. (Abel) 360

Salomon (Alice) mit S. Wronsky. Leitfaden der Wohlfahrtspflege. (Abel) 359

Siemens. Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie. (Weinberg-Stuttgart) 106

Simon (Frankfurt a. M.). Spätrachitis und Hungerosteopathie. (Solbrig-Breslau) 287

Société des Nations, Section d'Hygiène. (Abel) 214

Solbrig. Anleitung über Wesen, Bedeutung und Ausführung der Desinfektion. (Lehmann-Jena) 178

Spaet. Der Fürsorgearzt. (Kisskalt-Kiel) 143

Standfuss. Bakteriologische Fleischbeschau. (Ludwig Bitter-Kiel) . . 252

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt 1920 288

Stehr. Grundlegung zur sozialen Hygiene und Politik. 1. Bd.: Die Entwicklung der Gefühle und das Glück. (Dresel-Heidelberg) 286

Strehl. Die Kriegsblindenfürsorge. (Dresel-Heidelberg) 357

Teleky. Die Bleifarbenverwendung zu Anstreicherarbeiten. Ihre Gefahr und deren Verhütung. (Lehmann-Jena) 179

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Thumm. Die Kaliwerke und ihre Abwässer. (Abel) 180

Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. (Solbrig-Breslau) 214

Volksgesundheits- und Volkswohlfahrtspflege im Freistaat Sachsen 1922, Einrichtungen auf dem Gebiete der. (Abel) 396

Volksernährung, Die. Veröffentl. aus dem Tätigkeitsbereich des Reichsministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Heft 1 u. 2. (Abel) 358

Walter. Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik. (Dresel-Heidelberg) 179

von Wiese. Einführung in die Sozialpolitik. (Abel) 144

Wlassak. Grundriß der Alkoholfrage. (Abel) 359

Wutschutzabteilung, Bericht über die Tätigkeit der, am Hygienischen Institut der Universität Breslau vom 1. April 1918 bis 31. März 1920. Von Dr. Loewenhardt und Dr. Lubinski. Übersicht über die in Preußen im Jahre 1919 bekannt gewordenen Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere. (Solbrig-Breslau) 357

c) Kleinere Mitteilungen.

Alkoholverbotes, Über die Stimmung der Bevölkerung gegenüber der Herbeiführung eines gesetzlichen 324

Aus dem Berichte des Schweizerischen Gesundheitsamtes über das Jahr 1921 252

Bibliothek für populäre Vorträge 252

Ergänzungslehrgang für Fürsorgerinnen 216

Europäische Sanitätskonferenz im Warschau am 20. bis 28. März 1922 . . 216

Krankenversicherung 1915 36

Soziale Zahnheilkunde 216

Sozialhygienische Akademie Charlottenburg 288

Sterblichkeit, Wird die, vor vollendeter Aufzucht durch Geschwisterzahl und soziale Lage der Eltern beeinflußt? Dritte Mitteilung 396

Tagesordnung für die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 214

Tagesordnung für die 10. Versammlung der Vereinigung Deutscher Schul- und Fürsorgeärzte 215

Tagesordnung für die 18. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege 215

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MAR 28 1922

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 1
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

Druck und Verlag
Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges.
Braunschweig 1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des ersten Heftes.

Seite

Der öffentliche Arzt und die öffentliche Gesundheitspflege. II. Von Obermedizinalrat Dr. Moritz Henkel, Garmisch 1

Vorschläge zur Finanzierung des Wohnungsbaues. Von Henriette Fürth in Frankfurt a. M. 15

Chronik der Sozialen Hygiene: Bevölkerungsbewegung und Bevölkerungspolitik (einschließlich Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge). Von Dr. Alexander Elster, Berlin 26

Besprechungen:

Chr. Fassbender: Das epidemische Auftreten der Grippe und der Encephalitis lethargica in Preußen im Jahre 1920 und die gegenseitigen Beziehungen der beiden Krankheiten. (Reichert-Jena) 34

Thomas M. Legge und W. Goadby: Bleivergiftung und Bleiaufnahme. (Dr. Lehmann-Jena) 35

Alfred Beyer: Gesundheit und gewerbliche Arbeit. (Dr. Sauerteig) 35

Otto Krohne: Die Neuauflage des Hebammenbuches. (Dr. Sauerteig) 36

H. Muckermann: Kind und Volk. (Weinberg-Stuttgart) 36

Ascher: Vorlesungen über ausgewählte Kapitel der sozialen Hygiene. (Abel) 36

A. Fischer: Tuberkulose und soziale Umwelt. (Abel) 36

Kleinere Mitteilungen:

Krankenversicherung 1915 36

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 1.

Der öffentliche Arzt und die öffentliche Gesundheitspflege. II.

Von Obermedizinalrat Dr. Moritz Henkel, Garmisch.

In dem ersten Teile meiner in dieser Zeitschrift gegebenen Darlegungen[1]) habe ich zum Schluß die Bestrebungen der jüngsten Zeit behandelt, Fürsorge-, Wohlfahrtsämter zu errichten, organische Einrichtungen zu treffen, in welchen der öffentliche Arzt, der Amtsarzt, eine leitende Stelle erhalten soll. Ich habe der Gesundheitskommissionen gedacht, wie sie bereits vor Jahrzehnten in verschiedenen deutschen Staaten ins Leben gerufen wurden, — freilich in ein schwächliches, oft kurzes Leben und Dasein, weil diesem noch dazu etwas verwickelt zusammengesetztem Leibe die Seele fehlte.

Diese Seele muß der Amtsarzt sein!

Der „Schrei nach dem Amte", nach dem Gesundheits- oder Medizinalamte aus den Reihen der amtlichen Ärzte hat eine gewisse Berechtigung. Auch die Forderung, daß der Amtsarzt dabei in leitender Stellung tätig sein soll. Er muß vor Allen tätig sein!

Für ein solches Amt, sei es organisiert wie es will, muß ein richtiger Grund gelegt sein. Es muß zum mindesten in jedem Amtsbezirk eine Amtsperson sein, welche mit allen sanitären Verhältnissen des Bezirkes vertraut ist, welche sie aus eigener Anschauung als Fachmann kennt und auf Grund dieser Kenntnisse Ton und Richtung angeben kann für die Tätigkeit der Organisation. Zur Person der Vorstandschaft des Amtes gehört auch die Sache, ein geordnetes Material, eine Aufzeichnung, eine Zusammenstellung der bestehenden sanitären Zustände, um wirksam einzusetzen, die Schäden zu erkennen, Abhilfe anzubahnen.

Dieses für die öffentliche Gesundheitspflege und deren Betrieb unentbehrliche Material hat der berufene Gesundheitsbeamte zu liefern, zu ordnen und zu mehren. Er muß seinen Amtsbezirk nach allen Seiten hin aufs genaueste kennen.

Wenn man die Dienstanweisungen unserer Bezirks- und Kreisärzte betrachtet, so muß man ohne weiteres anerkennen, daß die Richtpunkte hierfür gegeben und die Umrisse gezeichnet sind in einzelnen Abschnitten und Vorschriften. Die Ortsbesichtigungen treffen am genauesten das Ziel, dem wir mit aller Kraft zustreben müssen; sie können die fruchtbarsten Ergebnisse liefern.

Trotzdem fehlt es bisher meistens an der bewußten vollständigen Initiative des Amtsarztes. Keineswegs nur aus Schuld des letzteren. Wenn derselbe in dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege nicht voll beschäftigt ist, so liegt es am Mangel der Organisation, der Mittel, der Geschäftseinteilung und Ausführungsbestimmungen. Es gehört ja zu einem

[1]) Vgl. Jahrg. 1921, S. 253.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solchen Werke Einsicht und Takt, Erfahrung und „Diskretion"! Aber ohne die auf Grund genauester ununterbrochener eifrigster persönlicher Untersuchungen gewonnenen Kenntnisse und aktenmäßige amtliche Ordnung kann der Amtsarzt nicht der Leiter und Berater sein, welchen ein solches Sanitätsamt, eine Gesundheitskommission oder irgendwelche ständige Wohlfahrtseinrichtung bedarf. Er muß Land und Leute kennen!

In einem merkwürdigen Gegensatz zu diesem hygienischen Manko steht, daß wir nach maßgebenden staatlichen Begriffen auch vollbesoldete und nicht vollbesoldete Kreisärzte in Preußen haben. Es soll das entschieden auch vollbeschäftigt und nicht vollbeschäftigt bedeuten. Wenn der Amtsarzt — unbeirrt durch Einschränkungen der Verwaltungsbehörden —, mit den nötigen Mitteln ausgestattet, seine Zeit auf die Bearbeitung der sanitären Verhältnisse in der dargelegten Weise verwendet, so gibt es nirgends mehr einen nicht vollbeschäftigten amtlichen Arzt. Die Fülle der einzelnen Sparten ist eine so reichliche, daß sie die ganze Arbeitskraft in Anspruch nimmt. Man darf aber nicht die meisten Fälle erst als „Aufgaben" an sich herankommen lassen — zur Begutachtung auf behördliche Veranlassung! Nur der kann Berater in vollem Umfange sein, der in eigener amtspersönlicher Eigenschaft den ganzen Bezirk kennt.

Aus diesem Gedankengang, aus diesen Erwägungen möchte ich an einigen der wichtigsten Gegenstände aus der Fülle des Stoffes erläutern, wie der Amtsarzt seine Aufgaben erfassen, seine Erfahrungen verwerten kann und soll. Zunächst

von der Ernährung.

Amtsärztlich haben wir unsere Forschungen und Untersuchungen zu beziehen auf die allgemeine Ernährung der Bevölkerung nach Berufsart, Sitten und Gewohnheiten; auf die Ernährung der Säuglinge und Kinder; auf den Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln, im besonderen Milch, Fleisch, Getränke; Marktpolizei, Schlachthäuser. Alkoholmißbrauch und dessen Bekämpfung.

Nach den bisherigen staatlichen Vorschriften der Dienstanweisungen haben sich die Amtsärzte im wesentlichen der verwaltungspolizeilichen Überwachung und der Belehrung zu widmen. Das erste Erfordernis, die Vorbedingung, ist aber die genaue Kenntnis der Ernährung der Bevölkerung im Amtsbezirk. Nur diese Kenntnis gewährt vollen Einblick in das Leben des Volkes und hilft auch zu anderweitigen sanitären Beratungen und Verordnungen.

Es war mir vergönnt, meine medizinischen Studien an der Universität München zu einer Zeit zu pflegen, in welcher Voit und Pettenkofer und ihre Schule die Forschungen über die menschliche Nahrung in gründlichster, ausgedehntester Weise betrieben und zu Ergebnissen kamen, welche den Boden der menschlichen Ernährungslehre noch heute und für die Zukunft bilden. Was auch daran bemängelt wurde, der feste Grund der Lehre wurde nicht erschüttert. Namentlich für die deutschen Verhältnisse sind die Zahlen und Werte, wie sie Voit festlegte, voll und ganz zutreffend. Denn es handelt sich nicht darum, wie man unter eigenartigen Umständen noch leben kann, sondern wie man sich im Durchschnitt am besten und zweckmäßigsten ernährt. Es wurde darauf hingewiesen, wie sich die Ostasiaten und Afrikaner, wie sich Trappisten und Vegetarier mit ihrer Nahrung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„unübertrefflich“ im besten körperlichen Gleichgewicht halten. Gewiß ist es belehrend, wenn wir die Eigenart anderer Völker und Zonen kennen lernen. Vor allem aber sollen wir die Ernährung unseres Volkes studieren.

Solange die Welt besteht und Volksgemeinschaften, haben die Führer des Volkes auf die Ernährungsweise geachtet und Regeln und Gesetze gegeben, die aus dem Bedürfnis und der Erkenntnis entsprangen, daß nach der vorgeschriebenen Art die Gesundheit erfahrungsgemäß am besten gewahrt wird. Die Erfahrung von Jahrtausenden ist es, welche die Menschheit lehrte, sich richtig zu ernähren. Wir müssen aus der Art, wie sich unser Volk seit unvordenklichen Zeiten ernährt, auch unsere Schlüsse ziehen. Die Wissenschaft hat uns deutlich gemacht, warum der Nordländer Massen von Tran verzehrt, während dem Südländer Früchte genügen, warum unsere „schweren“ Holz- und Feldarbeiter soviel Schmalz brauchen und so große Mengen von Speisen ohne Beschwerden verzehren.

So treten wir heran an die Beobachtung der Ernährung der Bevölkerung in dem uns anvertrauten Amtsbezirk. Wir ziehen Vergleiche mit den Ergebnissen der physiologischen Forschung, mit den Zuständen anderer Gegenden, und gewinnen eine Fülle hygienischer Gesichts- und Richtpunkte. Und Befriedigung empfinden wir, wenn wir aus eigener Anschauung die Richtigkeit der wissenschaftlichen Forschung und Lehren bestätigt finden in der alt überkommenen Lebensweise des Volkes, die es sich zugerichtet hat seit Jahrhunderten.

Hygienische Vorteile, hygienische Schäden können auf solche Weise zutage kommen und wieder zu Änderungen und Verbesserungen führen.

Die Bewertung der Nahrung nach dem Eiweißgehalt und nach ihrem Verbrennungswert hat sich nicht nur für die Ernährung des Menschen Eingang verschafft, sie ist auch die Richtschnur für die rationelle Ernährung unserer Haustiere geworden. „Die Landwirte rechnen nach dem Eiweißgehalt und dem Stärkewert des Futters“ (Frank).

Man darf behaupten, daß die Ergebnisse und Folgerungen aus den Arbeiten der Münchener Schule im wesentlichen durch die Erfahrungen der Wissenschaft und des Lebens ihre volle Bestätigung gefunden haben, und daß gerade die Kriegsverhältnisse der letzten Zeit den Beweis der Richtigkeit für unsere Bevölkerung erbracht haben.

	Eiweiß	Fett	Kohlehydrate	(Kal.)
	g	g	g	
Nach Voit soll der mittlere Arbeiter täglich bekommen	118	56	500	3054
Ein schwerer Arbeiter	165	100	447	3357
Nach Moleschott ein mittlerer Arbeiter	130	86	404	2970
Nach Forster	132	81	458	3172
Voit und Pettenkofer fanden in der Kost des kräftigen Arbeiters	137	170	352	3586
Payer bei englischen Arbeitern	140	34	453	2747
„ „ französischen Arbeitern	138	80	522	3450
Souch bei einem irischen Arbeiter	130	25	1330 (!)	6218
Steinhei bei angestrengtem Bergmann	133	113	634	4195
Koenig bei einem deutschen Bauernknecht	137	55	542	3295
Ranke bei einem altbayerischen Bauernknecht	143	108	788	4821

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bekanntlich fand man bei schwer arbeitenden südlichen und asiatischen Völkern weit geringere Eiweiß- und Fettmengen zur Erhaltung ihres Körperbestandes und ihrer Arbeitskraft nötig. Dagegen wurde die Kost amerikanischer Arbeiter noch reichlicher als die europäische gefunden; sie schien besonders fettreich und zählte bei einem kräftigen Mechaniker 5126, bei einem Maschinenmeister 5638, bei einem Ziegelmeister 6466 Kalorien!

Es gibt zweifellos nach den einzelnen Erdgegenden erstaunliche Verschiedenheiten.

Die Ernährung des ländlichen Arbeiters im Erdinger Gau am Beginn des 20. Jahrhunderts.

Während einer ununterbrochenen 20jährigen ärztlichen Tätigkeit in der oberbayerischen Landstadt Erding und deren weiter Umgebung hatte ich auch wiederholt und lange die amtsärztlichen Geschäfte zu besorgen. Der große und bevölkerte Bezirk hat neben dem bürgerlichen Gewerbe und Handwerk ausschließlich landwirtschaftliche Arbeiter, einen wohlhabenden Bauernstand, welchem der ganze Grund und Boden, Felder, Wiesen und Wälder, gehört. Es ist ein Teil der „Kornkammer" Bayerns. Alle Betriebe sind auf die Landwirtschaft eingestellt. Das Volk bearbeitet, seit Jahrhunderten eingesessen, die angestammte Erde in gleichmäßiger unermüdlicher Weise, lebt in regelmäßiger gewohnter Art und hängt mit Leib und Seele an dem alten Brauch, wozu ganz vornehmlich die reichlich bemessene Kost gehört.

1. Es wurden in einer Reihe von Tabellen (10) Berechnungen der wöchentlichen Kost mit Speisezettel niedergelegt. Sie wurden ausgearbeitet auf Grund genauester Erkundigungen, verläßlicher und gewissenhafter Angaben. Ich untersuchte so die gewöhnliche (Winter-) Kost in Bauernhöfen, in einem Pfarrhof, einem Mühlanwesen und einem ländlichen Gasthaus, den Arbeiter in besondere Rücksicht nehmend, dann die Sommerkost, die Nahrung während der sommerlichen strengsten Arbeitszeit (Getreide- und Heuernte).

Das Ergebnis der Berechnungen aus den Tabellen, die ich des Raumanspruches wegen hier nicht bringen kann, ist:

Tabellen	Eiweiß g	Fett g	Kohlehydrate g	Kalorien
I. Bauernhof im Winter	171,0	98,0	872,9 [1])	5209,0
II. „ „ „	148,8	99,3	784,0	4748,4
III. „ „ „	158,2	152,8	816,0 [1])	5458,7
IV. Pfarrhof im Winter	137,6	101,0	688,0 [1])	4366,2
V. Mühlanwesen im Winter	152,2	112,7	768,3 [1])	4863,2
VI. Gasthaus im Winter	122,7	124,2	615,6 [1])	4223,2
VII. Bauernhof im Winter	135,3	160,3	793,8 [1])	5345,2
VIII. „ (Erntezeit)	194,7	259,6	838,3 [1])	6734,9
IX. „ „	237,0	185,9	1092,9 [1])	7427,4
X. Gasthaus (Sommerzeit)	159,5	155,8	595,8 [1])	4586,6
„ „ (Erntezeit)	185,5	155,8	817,8 [1])	5562,4

[1]) Der Alkohol des Bieres kommt bei den Kalorien in geringen Ansatz (gleich den Kohlehydraten).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Physiologisch-chemische Erläuterung der Kostsätze. Der Durchschnitt aus den Kostsätzen ergibt für die gewöhnliche Kost:

196,5 g Eiweiß, 121,2 g Fett, 762,8 g Kohlehydrate;

für die Kost während der schweren sommerlichen Erntearbeit:

196,3 g Eiweiß, 189,3 g Fett, 854,2 g Kohlehydrate.

Diese Kost erscheint als eine überreichliche, und es steigen Zweifel auf, ob das der Wirklichkeit entspricht. Die Beobachtungen und körperlichen Wägungen lehren, daß eine Überernährung nicht stattfindet.

Das Eiweiß ist für mäßige und schwere Arbeit mehr als hinreichend, das Fett tritt mit großen fetten Zahlen auf, die Kost ist im buchstäblichen Sinne geschmalzen. Die Kohlehydrate sind sehr beträchtlich zugemessen.

Die Leute sind durch Generationen gewöhnt, von Jugend auf ihren Magen zu füllen; ein sehr erweiterungsfähiger Magen ist das Erbteil des altbayerischen Stammes. Ich möchte ihn deshalb nicht eine „ewige Krankheit" nennen. Es zeigt eine gute Anpassung der Rasse an die reichen Produkte des Landes, und die Arbeit und Arbeitskraft ist eine ansehnliche!

Das Verhältnis der stickstoffhaltigen zu den stickstofflosen Bestandteilen der Nahrung ist im Durchschnitt der Winterkost 1 : 7,2, in der Erntekost 1 : 6,7. Es ist das über die für unser Land angenommene Norm von 1 : 5, hängt aber mit der Menge der Nahrung zusammen, welche nun einmal gereicht wird. Im gleichen Verhältnis ist auch das Gesamtquantum der Nahrung — weit über 2000 g!

Das Verhältnis des animalen zum vegetabilischen Eiweiß ist bei der gewöhnlichen Kost 1 : 2,2; in der Arbeiterkost des Pfarrhofes erreicht es 1 : 1,9; in der Erntekost 1 : 1,5.

Legt man als Norm 1 : 1,8 zugrunde, so ist diese im allgemeinen nicht ganz erreicht, im Sommer aber (zur Erntezeit) überschritten. Für eine Bauernkost ist es ein gutes Verhältnis. Die Leute haben keine Neigung zum krassen Vegetarismus und leben nicht schlecht.

Das Verhältnis des Fettes zu den Kohlehydraten ist gewöhnlich 1 : 6,5, in der Erntezeit 1 : 4,3; wenn man 1 : 5 als Norm betrachten will, etwas ungünstiger, zur Ernte noch günstiger als das normale Mittel.

Die Erntekost ist fett, sehr fett; aber auch im Winter ist die Kost der teilweise schwere Holzarbeit verrichtenden Arbeiter im sogenannten Holzlande (Tabelle III, VI, VII) fett (1 : 5,3, 1 : 5,0, 1 : 5,2), während die reinen Ackerbauern der Getreidefläche (Tabelle I, II, IV, V) das Verhältnis 1 : 8,9, 1 : 7,9, 1 : 6,8, 1 : 6,8 aufweisen. Die Holzknechte von Beruf im Gebirge leben auch sehr fett.

Die Fleischration beträgt im Durchschnitt der gewöhnlichen Winterkost 163,8 g; im Pfarrhof ist sie am höchsten mit 253,5 g. Am Freitag halten die Leute ohne Ausnahme Fasttag, d. h. sie enthalten sich des Fleischgenusses. Voit verlangte im allgemeinen ein Mindestmaß von 230 g. An erhebliche Fleischmengen ist der altbayerische Bauer zu Hause seit Jahrhunderten nicht gewöhnt; in ärmeren Gegenden erhält der Landbewohner nur an heiligen Tagen und Zeiten Fleischgerichte. Im Sommer ist die Fleischration eher geringer — 149,6 g im Durchschnitt. Da ist das Schmalz vorherrschend, das Fleisch schwerer zu beschaffen und weniger haltbar. Die Brotration beträgt in der gewöhnlichen Kost im Durchschnitt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

511,5 g; sie ist am geringsten im Pfarrhof (351,8 g), am höchsten im Bauernhof des Holzlandes mit 631 g und in der Mühle (612 g); die Mühlknechte haben auch schwere Holzarbeit zu verrichten! Im Sommer steigt die tägliche Brotration um weniges (548 g). Das höchst zulässige Maß nach Voit (750 g) wird nirgends erreicht.

Die Kartoffelration (Rohgewicht) ist im Durchschnitt der gewöhnlichen Kost 426,3 g. Es zeigen sich große Schwankungen. Die Mitte nimmt der Pfarrhof ein (353,6 g) — in medio virtus —, in den Bauernhöfen sind höhere Zahlen (über 500 g), in der Mühle der geringste Kartoffelverbrauch. In der Kost des Sommers verschwindet die Kartoffel fast ganz. Die Kartoffelration ist im allgemeinen eine mäßige.

Der Alkohol der Nahrung ist nicht von Bedeutung, d. h. der in der täglichen Kost zugewiesene Alkohol! Im Winter durchschnittlich 8 g. In der Erntezeit, die Zeit der größten Gaben, 60 g im Mittel.

Kalorien: Entsprechend den großen Mengen der Nahrungsmittel und deren hohem Nährwert, insbesondere dem starken Fettgehalt, ist auch die Kalorienmenge der Kost eine sehr bedeutende. Als Durchschnitt der gewöhnlichen Nahrung berechnen sich 4887,6 Kalorien, für die Erntezeit 6150 Kalorien; im höchsten Kostsatz werden 7427 Kalorien erreicht!

3. Die Art und Zubereitung der Speisen. Fleisch: In Fleisch hat der Bauer und seine Dienstboten — auf dem Lande mit dem schönen patriarchalischen Namen „Ehehalten" bezeichnet — für den gewöhnlichen Hausbedarf, und nur von diesem ist hier gesprochen, keine große Auswahl. Rindfleisch, d. h. Kuhfleisch, bildet fast die einzige Fleischsorte, welche auf den Tisch kommt. Daneben höchstens geräuchertes Schweinefleisch (Geselchtes) von alten, sehr fetten Schweinen, viel seltener geräuchertes Rindfleisch. Das Fleisch wird in Wasser gekocht — gesotten. In die Suppe kommen die Knödel (davon später). Außer diesem Fleisch sind auch Kutteln (Kaldaunen) anzuführen, welche ab und zu als sogenanntes Voressen gegeben werden in einer Art Ragout, Tunke, mit Fett und Mehl bereitet.

Milch: Von weiteren tierischen Produkten sei zunächst die Milch erwähnt, welche als Vollmilch zu Milchsuppe, Käse, auch als Tunke verabreicht wird. Die abgerahmte Milch wird zur Bereitung der Knödel und der verschiedenen Mehlspeisen, die saure Milch als Tunke und Beigabe zu Kartoffeln und Mehlspeisen benutzt, desgleichen die Buttermilch zu Suppen und Mehlspeisen.

Butter wird seltener benutzt, fast nur das „Butter-Schmalz", welches zu den Suppen — aufgeschmalzene Wassersuppe, Brotsuppe, Brennsuppe — kommt und den Mehlspeisen Fett und Glanz verleiht. Schmalz ist die Hauptsache, die Seele der bäuerlichen Küche, der Gradmesser des Luxus in der gewöhnlichen Hauskost. Seiner Bereitung nach darf es als reines volles Fett bezeichnet werden! Rindsfett kommt weit seltener zur Verwendung.

Die Eier werden als solche (gekocht) nicht genossen, nur als Zutat bei feineren Knödeln und Mehlspeisen genommen.

Mehl wird in Brot und Mehlspeisen genossen. Als tägliches Brot kommt nur Roggenbrot in Betracht. Weizenbrot wird höchstens bei besseren Knödeln und bei Suppen verwendet oder zum Kaffee genossen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Suppen: Aufgeschmalzene Brotsuppe. Rp.: 2 Liter Wasser, 1 kg Roggenbrot, 30 g Schmalz. In kochendes Wasser wird geschnittenes oder gewürfeltes Brot hineingeworfen, darüber Schmalz gegossen.

Brennsuppe. Rp.: 2 Liter Wasser, 110 g gröberes Weizenmehl, 40 g Schmalz. Ein „braunes Einbrenn", von Fett und Mehl hergestellt, wird in Wasser verrührt, dazu Zwiebel gesetzt. Das Ganze eine Viertelstunde lang offen gekocht.

Mehlspeisen: Für die alltäglichen Mehlspeisen wird auch zumeist Roggenmehl verwendet. Weizenmehl in den feineren Küchen nur zu festtäglichen Gerichten. Die Mehlspeisen sind die Hauptsache im bäuerlichen Kostsatz; sie gut zu bereiten, ist die Kochkunst der Bäuerin. Das Fleisch kam in früheren Zeiten fast gar nicht, auch jetzt im Verhältnis zu der Leistungsfähigkeit eines Bauernmagens in geringer Gabe auf den Tisch. Wir wollen daher die Mehlspeisen, wie sie in unseren Speisenzetteln sich finden, näher betrachten.

Die Knödel — in Nordbayern Klöße — „das königlich bayerische Landgericht" von Wiel nicht mit Unrecht benannt, sind das tägliche Brot der höheren bäuerlichen Kulturstufe. Brot bereiteten sich die Bajuvaren sicher schon vor Alters in primitiven Öfen von Stein und Lehm auf der Wanderung. Als sie eintraten in der Menschen Hütten und sich gewöhnten an (relativ) sanfte Sitten, kochten sie Knödel.

Der gewöhnliche Werktagsknödel (schwarzer Knödel) wird aus Roggenbrot, Roggenmehl, in besseren Küchen auch gröberem Weizenmehl und abgerahmter Milch bereitet. Rp.: Zu 16 Knödeln 1,75 kg Roggenbrot, 1,5 kg Mehl und 2 Liter abgerahmte Milch. Ein fertiger Bauernknödel hält etwa 300 g an Gewicht und rund 20 g Eiweiß, 2 g Fett und 120 Kohlehydrate. Der weiße Knödel (Sonntagsknödel) wird aus Wecken oder Semmelbrot, Weizenmehl und abgerahmter Milch bereitet. Nun zu den Schmalzgerichten!

Schmalznudeln: Nach dem Knödel die wichtigste der nationalen Speisen! Rp.: 6 kg Roggenmehl, 2 kg Schmalz, geringer Zusatz von abgerahmter Milch. Das Mehl wird mit Hefe und Milch zum Teige geformt, die Masse einige Stunden stehen gelassen, dann in der üblichen Form (runden Scheiben von 12 cm und mehr im Durchmesser) in schwimmendem Schmalz gebacken. Bei jeder Sud (Abteilung) werden sie kunstgerecht mit Wasser (zur Erhöhung des Wohlgeschmackes auch mit Butter) „gespritzt".

Stichnudeln (auch Dampfnudeln). Rp.: 4 kg Roggenmehl, 6 Liter abgerahmte Milch und 250 g Schmalz. Das Mehl wird mit Hefe versetzt und mit abgerahmter Milch zu einem Teige geformt; der Teig ein paar Stunden stehen und „gehen" gelassen. Dann teilt man ihn in eckige oder runde Leibchen von „Schmalznudelgröße". Die Stücke werden in einem zugedeckten Kessel in abgerahmter Milch unter Zusatz von Schmalz gekocht.

Fingernudeln. Rp.: 2,9 kg Roggenmehl, 300 g Kartoffeln und 1050 g Schmalz. Das Mehl wird gewöhnlich mit Kartoffeln, auch nur mit Wasser, zu einem Teige angemacht. Von diesem Teige werden durch Auswalken und Abschneiden lange, dünne, wurmförmige Nudeln hergestellt und in einem Kessel mit Schmalz gekocht.

Rohrnudeln. Rp.: 4 kg Weizenmehl, 0,25 kg abgerahmte Milch und 50 g Schmalz. Das Mehl wird mit Hefe versetzt und mit abgerahmter Milch zu einem Teige geformt. Dieser Teig kommt in das mit Schmalz

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschmierte Bratrohr und wird herausgebacken. Die Masse kommt entweder abgeteilt als viereckige Nudeln (Pflastersteinform) oder als Ganzes auf den Tisch.

Kirchweihnudeln (auch bayerische Nudeln): Mit Hefe, Milch und Mehl wird ein kleines „Dampferl" angemacht und etwa eine Stunde stehen gelassen. Damit wird der Teig, der aus feinem Weizenmehl, Milch, Eiern, auch saurem Rahm besteht, zubereitet. Die Masse geht in einigen Stunden auf! Dann werden in typischer, fast kugelrunder Form die Nudeln in schwimmendem Schmalz unter Butter- und Wasserspritzung gesotten. Das Höchste der Kochkunst!

Schucksenkücheln. Rp.: 3 kg Roggenmehl, 1 kg Schmalz und 1 Liter abgerahmte Milch. Das Mehl wird mit Hefe und Milch (auch Buttermilch) zu einem festen Teige angemacht und zwei Stunden stehen gelassen. Dann wird der Teig auf dem Brette ausgewalkt und kurze Zeit (einige Minuten), in längliche Fladenform gebildet, in schwimmendem Schmalze herausgekocht (abgedeckt gebacken). Die Kücheln kommen als hohlaufgetriebene, rings gebräunte, ovale, über 20 cm lange „Schucksen" heraus.

Kartoffelkücheln. Rp.: 8 kg Roggenmehl, 7,5 kg Kartoffeln und 3 kg Schmalz. Roggenmehl wird mit Hefe und Kartoffeln angemacht, der Teig ein paar Stunden stehen gelassen. Dann in ähnlicher Form wie die Schucksen, nur etwas kleiner, in schwimmendem Schmalze herausgebacken.

Hauberkücheln. Rp.: 2 kg Roggenmehl, 1 Ei und 500 g Schmalz. Roggenmehl wird mit Wasser und Ei zu einem Teig angemacht; der Teig in Portionen, wie sie mit einem Eßlöffel gefaßt werden können, in Schmalz rasch gebacken.

Teigschmarren (Mehlschmarren). Rp.: 1 kg Roggenmehl, 2,5 kg Weizenmehl, 5 Liter abgerahmte Milch und 1 kg Schmalz. Das Mehl wird mit abgerahmter Milch verrührt, dann eine gute halbe Stunde mit Schmalz gekocht, mit dem Scharrer zerkleinert, als „Schmarren" aufgetragen.

Topfenschmarren. Rp.: 2,5 kg Topfen, 1,5 kg Roggenmehl und 1 kg (Brand-) Schmalz. Der Teig wird aus Topfen und Roggenmehl bereitet, dann mit Schmalz im Kessel oder in der Pfanne gekocht, mit dem Scharrer zerkleinert und gewendet.

Kartoffelschmarren. Rp.: 4,2 kg (Roh-) Kartoffeln, 1,5 kg Roggenmehl und 1 kg Schmalz. Roggenmehl und zerdrückte gekochte Kartoffeln werden zu einem Teige gemengt. Die Masse wird in Schmalz eine gute halbe Stunde gekocht, dann zerkleinert (zerstoßen).

Paunkerl (auch Butterpaunkerl). Rp.: 3 Liter Buttermilch, 3,5 kg Roggenmehl, 1 kg Schmalz (Butter). Buttermilch wird in einem Kessel (Pfanne) heiß gemacht, dann über dem Feuer Mehl hineingekocht. Von dieser Masse werden kleine (1 cm dicke, einige Zentimeter lange) Paunkerl gedreht und in Schmalz eine Viertelstunde lang geröstet.

In ähnlicher Weise werden Kartoffel- und Topfenpaunkerl bereitet. Topfenstenken haben etwas größere Form und werden in Schmalz gebacken.

Gemüse: Die Kartoffeln werden, wie ersichtlich, zu mannigfachen Mehlspeisen verwendet; auch zu Suppen (mit abgerahmter Milch und etwas Schmalz), zu Gemüse (mit etwas Schmalz oder Butter), zu Tunken (mit Einbrenn, Fett und Mehl). Dann „in Montur" zu den Zwischenmahlzeiten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von den Gemüsearten ist in erster Linie das Nationalgemüse Sauerkraut zu nennen, das, zu Rindfleisch und Knödeln genossen, die gemeine Mittagsmahlzeit bildet. Es fehlt in keinem ländlichen Haushalt; es wird mit etwas Fett und Mehl bereitet.

Ein seltenes Gemüse ist Blaukraut. Bodenrüben, Kohlrabi (Kohlrüben), bayerische Rüben werden als Tunke (mit etwas Schmalz oder Einbrenn) bereitet.

Auch Obst wird gedörrt zu Tunken verwendet. Im allgemeinen ist aber der Obstgenuß ein geringer. Die Pflege der Obstbäume war bisher in den Getreidegauen eine mangelhafte. Auf und zwischen Getreidefeldern, auch auf Wiesen liebt der Bauer keinen Baum, und zu rationeller Pflege und Aufzucht findet er keine Zeit. In den letzten Jahrzehnten ist das besser geworden, vorzüglich dank der Propaganda durch landwirtschaftliche und Obstbauvereine.

Erbsen werden zu Erbsensuppe, auch Erbsenbrei benutzt — mit Einbrenn bereitet; doch ist der Verbrauch der Hülsenfrüchte ein geringer.

Im Sommer werden auch grüner Salat, namentlich der beliebte Kopfsalat, Staudensalat, dann Rettich und Gurkensalat verabreicht, bereitet mit etwas Öl oder Fett, Essig und Gewürz.

Getränke: Als Getränk dient (außer Wasser) an gewöhnlichen Arbeitstagen Nachbier (Scheps) in mäßiger Quantität — 1 Liter auf die Person im Tag. Es ist, kühl aufbewahrt, ein sehr erfrischendes, etwas prickelndes, leicht säuerliches hellgelbes Getränk, zum Durstlöschen in der Sommerhitze geeignet! Zur Erntezeit gibt es allermeist Bier, das aus den Braustätten Erdings und der Marktflecken in guter Qualität bezogen wird. Andere Getränke sind nicht zur Bauernkost zu zählen. Der Genuß von Wein und Schnaps ist selbst in festlichen Zeiten gering.

4. Ländlich-Sittlich. An den Werktagen hat der bäuerliche Haushalt regelmäßig fünf Mahlzeiten — Frühstück, Vormittagsbrotzeit, Mittagsmahlzeit, Nachmittagsbrotzeit und Abendmahlzeit. Der körperlich anhaltend tätige Mensch bedarf dessen. Die reichste und schwerste Mahlzeit ist die Abendmahlzeit. Das Frühstück wird 5 bis 6 Uhr morgens eingenommen, die beiden „Brotzeiten“ um 9 Uhr vormittags und 3 Uhr nachmittags, die Mittagsmahlzeit zwischen 11 und 12 Uhr, die Abendmahlzeit nach 6 Uhr abends.

Das Frühstück besteht aus Suppen (geschmalzene Brotsuppe, Brennsuppe, Milch- und Mehlsuppe).

Zu den Brotzeiten gibt es Brot, Kartoffeln, Nachbier.

Mittags ist die „Ordinarikost“ Suppe mit Knödeln, Rindfleisch und Sauerkraut. Diese Kost kommt fast täglich auf den Tisch mit Ausnahme des Freitags, der als „Fasttag“ jede Fleischspeise ausschließt. An Stelle des Rindfleisches kann auch geräuchertes Fleisch, mitunter „Kuttel-voressen“ treten.

Abendmahlzeit: Des Abends tritt die von der Bäuerin bereitete Schmalzkost in ihre Rechte. In dem echten alten Bauernhof macht sich eine regelmäßige Erscheinung geltend, die auch in den Speisezetteln hervortritt. Am Samstagabend werden Nudeln oder Kücheln mit reichlichstem Fettgehalt — gewöhnlich die Schmalznudeln — in größerer Menge hergestellt. Von diesem Gebäck erhalten außer der ergiebigen Mahlzeit die Knechte und Mägde (Oberknecht 4, Dirne 3 und Bub 2 Stück) zu freiem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gebrauch. Unter diesen Umständen war die Kostberechnung etwas schwierig. Ich bemühte mich, das plus auszuschalten, da die Dienstboten häufig am Sonntag zu ihren Angehörigen Nudeln bringen. Ein Teil des Überschusses muß aber doch gerechnet werden, da am Sonntage eben deshalb weniger gereicht wird, auch die Brotzeiten in Wegfall kommen.

Nährwert der gekochten Bauernkost.

	Gehalt an			
	Eiweiß	Fett	Kohlehydrate	
Fleischbrühe	0,5	0,5	—	—
Gekochtes Rindfleisch	34,1	7,5	—	—
Gekochtes Schweinefleisch	26,1	33,0	—	—
Geselchtes Schweinefleisch	30,0	36,0	—	—
Kuttelvoressen	14,5	36,3	11,3	(3)[1]
Kartoffelwassersuppe	1,5	0,8	9,0	—
Erbsenwassersuppe	2,6	2,1	8,0	—
Aufgeschmalzene Weißbrotsuppe	1,7	1,5	13,0	—
Aufgeschmalzene Schwarzbrotsuppe	1,8	1,0	16,5	(4)
Buttermilchsuppe	4,7	3,8	8,9	(3)
Geriebene Teigsuppe	1,9	1,7	9,1	(3)
Brennsuppe	1,0	3,1	5,3	(3)
Milchkaffee mit Zucker	2,3	2,5	6,7	(2)
Gewöhnlicher Knödel	7,8	1,3	44,1	(6)
Weißer Knödel	8,2	1,2	47,2	(2)
Fingernudeln	6,8	20,1	42,6	(2)
Kartoffelfingernudeln	7,0	21,7	43,6	(2)
Rohrnudeln	7,6	5,2	43,0	(2)
Stichnudeln	5,6	4,0	36,4	(5)
Kartoffelnudeln	5,6	38,4	41,8	—
Schmalznudeln	6,9	17,1	38,6	(3)
Kartoffelkücheln	5,5	14,2	32,9	(2)
Haubenkücheln	7,6	18,2	46,6	—
Sauerkücheln	6,6	21,2	36,3	—
Schucksenkücheln	7,1	17,6	39,7	(4)
Teigschmarren	7,0	13,6	34,0	—
Kartoffelschmarren	4,5	17,0	33,2	(4)
Topfenschmarren	21,6	23,6	21,5	—
Butterpaunkerl	7,0	14,7	33,8	—
Kartoffelpaunkerl	6,5	14,8	41,7	—
Topfenpaunkerl	16,8	26,6	28,2	(2)
Topferstenken	21,1	28,3	18,0	(2)
Gekochte Kartoffeln	4,0	0,3	40,0	—
Kartoffeltunke	1,2	2,6	9,6	—
Kartoffelgemüse	4,6	1,5	47,8	—
Kartoffelsalat	4,7	2,9	45,6	—
Sauerkraut	0,9	2,3	4,8	(4)
Blaukraut	1,5	3,5	4,9	—
Kohlrabitunke	1,1	1,1	5,2	—
Obsttunke	0,5	0,1	14,7	—
Bodenrübentunke	0,7	1,5	5,1	(3)
Kopfsalat	1,4	4,0	2,2	—
Rettichsalat	2,0	1,8	8,4	—
Gurkensalat	1,2	2,1	2,3	—

[1]) Durchschnitt aus (3) Berechnungen.

Am Sonntag verändert sich die Situation gewaltig! In der Frühe gibt es Milchsuppe oder Kaffee mit Weißbrot. Mittags gibt es meist bessere Knödel zu Rindfleisch und Kraut. Nachmittags geht der Knecht zum Bier, auch die Dirne sättigt sich anderswo auf Besuch (im „Heimgarten"), wo

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie Kücheln mitbringt und Kaffee und andere Zuspeisen empfängt. Zu Hause ist deshalb für Sonntag abends nur Suppe zur Verfügung. Die männlichen Arbeiter kehren meist erst später heim.

Wenn man die mannigfachen Gelegenheiten in Betracht zieht, wo auch die Dienstboten im Wirtshause oder bei der Freundschaft und Verwandtschaft „futtern", so kann man den berechneten Kostsatz nicht zu hoch finden!

Im allgemeinen ist der patriarchalische Zug anzuerkennen, daß die Dienstherrschaft, der Bauer (und die Bäuerin) sich an der Kost des Gesamthauses regelmäßig beteiligen. Die richtigen Bauersleute halten (mit ihren Kindern) keinen eigenen Tisch. Die Eheleute teilen die Kost der Ehehalten. Daß die Bäuerin sich ab und zu einen Kaffee erlaubt, fällt als Ausnahme, welche die Regel bestätigt, nicht ins Gewicht.

In der Zeit der strengen Erntearbeit wird die Schmalzkost noch reichlicher bemessen, so daß die menschliche Kraftmaschine mit Kalorien im Übermaß gespeist erscheint. Beim Erntegeschäft gibt es Bier statt Scheps, an Stelle des ständigen Sauerkrautes treten die (grünen) Salate.

Außer dem Hause. Der konservative Zug der bäuerlichen Bevölkerung zeigt sich unverkennbar in der Regelmäßigkeit und Gleichheit der Küchenprodukte, die sich bis zur Einförmigkeit steigert: Knödel, Sauerkraut mit Rindfleisch, Nudeln in der Hauptsache. Wenn aber des Dienstes gleichgestellte Uhr nirgends genauer als im stillen Bauernhof am einfachen Werktage tickt und regiert, ändert sich das gründlich, wenn der Bauer und der Knecht die Schwelle des Hauses zur Feierzeit verläßt.

Der Bauer kann sichs leisten, daß er täglich, vielleicht ein bis zwei Stunden zum Nachbar Wirt geht und seinen Abendschoppen nimmt. Gewöhnlich tun das die „alten Herren" der Bauernschaft. Der gut gestellte „Austrägler", Austragsbauer, der seinen Hof übergeben hat und auf dem Altenteil lebt, gehört zur Abendgesellschaft beim Wirt, in welcher er langsam und bedächtig seine Kenntnisse auskramt und sie noch viel langsamer bereichert im Verkehr mit dem Hilfslehrer, dem Gendarm, dem Postboten, Gemeindediener und Hausierer. Mit einziger Ausnahme des Verschwenders geht er aber vor Gebetläuten heim.

Des Sonntags und Feiertags sitzt die Wirtsstube der Ortseingesessenen voll, und Bauer und Knecht weilen einträchtig am gleichen Tisch bis spät in die Nacht. Da wird es lauter. Da kreisen die Humpen, und wenn die Älteren und Verheirateten heimgegangen, gibt es auch zuweilen eine solenne Keilerei mit Fürsorge für mildernde Umstände. Glücklicherweise hat der Gebrauch des Messers gegen die früheren „guten alten" Zeiten bedeutend abgenommen.

Wenn der ländliche Arbeiter im Gasthause sitzt, verzehrt er auch andere Speisen. Auf seinem Hofe hat der Bauer das Kalbfleisch nur in lebendem Zustand. Es dient nur zur Aufzucht und zum Verkauf. Zu Hause Kalbfleisch als Nahrung zu bereiten, kommt ihm nicht bei. Auch Eier ißt er nicht. Im Wirtshause ist Braten und Wurst sein Begehr. Beim Wirt wird Samstags geschlachtet, je nach der Jahreszeit auch Schweinefleisch oder Lamm (Lampl). Es gibt eine Auswahl von Würsten (Bratwürste, Weißwürste, Blut- und Leberwürste, Stockwürste und dünn und dick Geselchte). Es werden die verschiedensten Teile des Tieres als Braten und Voressen zubereitet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei dem Wirte des Ortes (in taberna loci) geschieht aber gewöhnlich alles noch mit gehörigem Maß und Ziel. Wer nicht ein Verschwender ist, will auch nicht dafür gelten. Je weiter aber der Bauer fährt, desto üppiger wird seine Lebensweise. Und wenn er am Schrannentage mit Gespann bei seinem Bräu- oder Stammwirt in Erding einkehrte, wurde nicht gespart. Doch hat auch hierin die nivellierende Zeit viel Einfluß geübt.

In den verflossenen Jahrhunderten war der Landmann dem Wechsel von Drangsalen unterworfen, wie wir es uns heute kaum mehr vorstellen können. Kaum erholte er sich mit Hab und Gut von den Schrecknissen des Krieges und Raubes, von Mißwachs und Nöten, so kamen neue Feinde menschlicher und elementarer Gewalt. Er konnte nicht zur Ruhe kommen. Es war eine unter den hochmögenden und würdevollen Stellen allgemein verbreitete Meinung, für das Landvolk sei in der Weltordnung begründet: rustica gens optima flens — pessima ridens. Übermütig sollte der Bauer nicht werden! Dieser war in der Kultur und in der Genußsucht noch weit zurück. Noch im Beginn des 19. Jahrhunderts war auf Bauernhöfen kaum Sonntags ein Stückchen Fleisch zu finden. Auf solche Zustände sind noch manche urwüchsige Gebräuche zurückzuführen.

Bei der Einkehr in der Stadt wurden Berge von Bratwürsten, Braten aller Gattung, Milzwurst in Gestalt einer Schlummerrolle, multum und multa vertilgt, und noch erkleckliche Reste mit nach Hause genommen.

Im Zeichen des Verkehrs und der bürgerlichen Freiheit hat sich das mehr ausgeglichen.

Wie es bei Hochzeiten, Kindstaufen, Leichenschmäusen und ähnlichen Gelegenheiten zugeht, gehört nicht hierher. Es gab da Auswüchse, welche sogar behördliche Einschränkungen veranlaßten.

Nicht zu vergessen sind aber die heiligen Zeiten, die der Bauer zu Hause feiert. Da hält Herr und Knecht strenge darauf. Letzterer läßt es sich nicht bieten, wenn an dem oder jenem festlichen Abend, wo nach Tradition bestimmte Nudeln aufgetragen werden, einfache Kücheln erscheinen. Da gibt es Murren und Ausstand!

Das höchste Fest, der Inbegriff aller irdischen Glückseligkeit, ist die „Kirchweihe", der „Kirta". Das Fest währt zwei Tage und gewährt die Fülle aller leiblichen Genüsse. Sein mathematisches Zeichen ist ∞ „unendlich", im bayrischen Dialekt „gnua" oder „grad gnua" genannt. Da könnte man keine Kostmaße festsetzen, denn es gibt keine. Am Kirchweihsonntag früh vor der Kirche gibt es Schnaps — sonst nicht gebräuchlich — und Kaffee. Nach der Kirche wird „angezapft": Bier — bis zum Abend „gnua ∞"! Suppe mit feinen weißen Knödeln, Würste, Voressen, Braten, Schweinefleisch, selbst Gänse, Enten, Hühner — verschont wird nichts. Nur die Kochkunst der regierenden Bäuerin setzt die Grenzen; das Ungewohnte macht mitunter Schwierigkeiten. Dazu die Kirchweihnudeln vom feinsten Mehl, nach allen Regeln mit größtem Fleiße in schwerer Menge hergestellt. Die beste Stadtköchin kann sie nicht so bereiten!

So sitzen die Edlen der Nation, ein geschlossener Bauernbund, bis zur Nacht um den großen Tisch in der reingefegten Stube, meist lautlos mit Verzehren und Verdauen beschäftigt, auch etwas Karten spielend, ganz unter sich. Wenn der Arzt am Nachmittage durch die stillen Dorfreihen fährt, sieht er durch die blanken Fenster nichts als Bauernrücken.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am zweiten Tage geht es nach dem Mittagtisch auseinander. Da wird zu anderen auf den Kirta gezogen. Es kommen Kirchweihgäste von nah und fern. Mancher intime und geschäftliche Handel wird geschlossen. Es waltet ein glücklicher Stern; im Zeichen ∞ wirst du siegen.

5. In vorstehendem sollte ein lebendiges Bild der Ernährung des einheimischen ländlichen Arbeiters gegeben werden, wie es dem zuständigen öffentlichen Arzte klar und bekannt sein soll. Ich möchte noch ergänzend beifügen drei Kostsätze des Personals eines Brauerei- und Ökonomieanwesens der Kleinstadt, des Sitzes der Behörden. In diesem Betriebe sind Bräuknechte, Ökonomiearbeiter und weibliches Hausgesinde beschäftigt.

Das Ergebnis der Berechnungen meiner Tabellen ist:

Angestellte im Erdinger Brauhaus	Eiweiß	Fett	Kohlehydrate	Kalorien
1. Braugehilfen	256,8	81,4	944,3	6665,6
2. Ökonomiearbeiter	212,6	121,6	912,8	5937,6
3. Weibliches Hausgesinde	144,7	73,8	384,2	2975,6

In den Kalorien ist der Wärmegehalt des Alkohols gleich dem der Kohlehydrate eingerechnet. Die Bräugehilfen erhalten Werktags 8 Liter, des Sonntags 9 Liter Bier! Die Ökonomiearbeiter Werktags 4 Liter Nachbier, Sonntags 3 Liter Bier. Die weiblichen Dienstboten des Hauses täglich 1 Liter Bier.

Bei Betrachtung dieser Kostsätze fällt vor allem der Bierkonsum, das Bierquantum der Bräuknechte auf. Aus meiner Studentenzeit kann ich mich noch folgenden Vorfalles erinnern. Bei den Beobachtungen und Forschungen Voits und seiner Mitarbeiter über die menschliche Ernährung wurden als lebendes Material eine Reihe von Personen aller Stände beigezogen. Als nun auch Bräuknechte vom Pschorr und Löwen auf ihren „Stoffwechsel“ und ihren Ernährungsstand geprüft werden sollten, brachte die Angabe eines derselben, daß er seit mehr als zehn Jahren täglich mindestens 12 Liter Bier — sehr häufig weit mehr — zu sich nehme, Entsetzen und Verwirrung hervor. Sein „Haushalt“ brachte alle Theorien in Verlegenheit, denn er sah nicht nur vollgenährt aus, er schien auch gesund! Daß es einer so treiben kann, zeigte die Erfahrung; diese wies aber auch tausendfältig nach, daß das Übermaß schädlich wirkt. Denn kein Stand und Gewerbe lieferte beständig so viel Lungenschwindsüchtige, wie das Bräugewerbe, zu welchem doch die kräftigsten und stämmigsten Burschen benötigt werden. Es gibt ja „Naturen von Eisen“, die Jahre lang eine verkehrte Lebensweise wohl vertragen. Die Mehrzahl nimmt schweren Schaden. Jahre hindurch konnte ich beobachten, wie solche Trinker langsam aber sicher dem Verfall entgegengehen. So lange sie fest essen, geht es noch. Über kurz oder lang kommt das verhängnisvolle Stadium, in welchem fast nur getrunken wird, und das führt zum Ende!

Schon bei den ländlichen Arbeitern kommt es vor, daß sie von den ihnen gereichten Kücheln, namentlich Samstags und Sonntags, ihren Angehörigen und Bekannten zukommen lassen. Noch mehr tritt dieser Umstand bei den Bräugehilfen in Erscheinung. Sie überlassen, ja verkaufen mitunter Bier, auch Brot, wofür ihnen Marken zugewiesen sind. Der Brauherr kümmert sich nicht, wieviel der Einzelne wirklich genießt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man könnte hieraus schließen, daß manches unserer Kostsätze zu hoch gegriffen sei; es ist schwierig, alles genau auszuscheiden. Erwägt man aber, daß alle diese Arbeiter und Dienstboten wiederum im Wirtshause und bei verschiedenen Anlässen außer der Arbeitsstelle Speisen und Getränke genießen, die nicht in unsere Berechnungen fallen, so darf man die Darstellung unserer Verhältnisse als richtig anerkennen.

Die Gaben im Bräuhause erinnern an die Fleischtöpfe Ägyptens. Ein wohlbestellter Brauherr hält auch seine Leute gut! Er selbst mit Weib und Kind lebt „noblig" — leben und leben lassen! Er hat Standesbewußtsein, und nicht selten wandelt er als „Universal-Lipom" zur Reklame für seinen guten alten Stoff durch die Straßen.

Man muß die Altbayern im allgemeinen schon Vielesser nennen. Sie haben weite gute Mägen. Noch ehe die Leibesübungen und der Sport bei den Städtern und der gebildeten Bevölkerung einsetzte, hat sich in ländlichen Kreisen das Wettessen einer Beliebtheit erfreut. In manchen Lokalblättern wurde vermeldet, wie unter gespannter Aufmerksamkeit der Zuschauer solche Wetten in Fleischgerichten aller Art, besonders in Würsten, ausgetragen wurden. Seltener in Getränken.

Die Bürger, die handel- und gewerbetreibenden Kleinstädter, welche im Durchschnitt nicht so anstrengende und anhaltende körperliche Arbeit zu leisten haben wie die Landleute, haben weniger Fette und mehr Fleischspeisen. Gemüse liebt der Altbayer wenig. Er besitzt nicht das rechte Verständnis hierfür. Wenn der Geschäftsmann des Abends in seinen „Gesellschaftstag" geht und der Kundschaft halber auch essen muß, so ist sein Gericht ein mächtiges Stück Braten, neben dem sich das Gemüse als Beigabe in einer Art von Senfschüsselchen bescheiden ausnimmt.

Wie anfangs benannt, sind es die Ernährungsverhältnisse bei Beginn, in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts, welche ich aus eigener Anschauung im regsten ständigen Verkehr mit der Bevölkerung als praktischer, als Anstalts- wie auch als amtlicher Arzt beobachtet und hier beschrieben habe.

Es drängt sich unwillkürlich die Frage auf, wie es nunmehr, in und nach dem Kriege, geworden ist. Auch in den kleineren ländlichen Kreisen ist gar manches knapper geworden. Die trinkfesten Bierkieser konnte man zusammenklappen sehen, denn der Stoff wurde dünner und spärlicher, und wer nicht unmittelbar an der Quelle von „Milch und Honig" saß, litt unter Mangel und Teuerung.

Immerhin hat unter diesem langwierigen und gewaltigsten aller Kriegszüge und unter dessen Folgen die echte eingesessene ländliche Bevölkerung in bezug auf die Ernährung und die wirtschaftlichen Verhältnisse weniger gelitten als in den früheren Weltkriegen. Unsere Landwirtschaft ist ein mächtiger Faktor des Staatswesens geworden, und bei der wichtigen vordringlichen landwirtschaftlichen Arbeit durfte auch die Ernährung des Arbeiters nicht Schaden leiden.

Er hat durchgehalten ohne die strenge Markenrationierung des Städters; ohne Schmalz geht es nicht! So hoffen wir, daß aus der Kornkammer und dem Betriebe des Landmannes in besseren friedlichen Zeiten dem ganzen Volke Wachstum und Gedeihen fort und fort ersprieße!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorschläge zur Finanzierung des Wohnungsbaues.

Von Henriette Fürth in Frankfurt a. M.

Unter den verschiedenen Plänen, die darauf abzielen, unsere Innenwirtschaft trotz der Bedrängnis von außen aufrecht zu erhalten oder wiederaufzubauen, nimmt die dem Wohnungsneubau zugewandte Sorge einen hervorragenden Platz ein.

Man geht dabei von der zutreffenden Erwägung aus, daß hier der Punkt ist, von dem aus einmal einem bitteren Notstande abgeholfen, zum anderen aber unser Wirtschafts- und Arbeitsleben aus der heutigen Lähmung gelöst und zu innerer Gesundung und organischem Eigenleben gebracht werden könne.

Die in diesem Betracht zu leistende Arbeit ist unendlich kompliziert und verantwortungsvoll. Gegeben ist der Bedarf an Neubauten. Gegeben ist auf der anderen Seite eine Armee von Arbeitslosen, die zu einem nicht unbeträchtlichen Teile vom Baumarkt aufgenommen werden, zu einem weiteren Teile durch die reihefolgend sich auftuende allgemeine Belebung des Arbeitsmarktes versorgt werden könnte. Gegeben ist endlich die Möglichkeit der Materialbeschaffung. Aber: die Baustoffe sind zu teuer. Alle Baustoffe, die auf ihrem Produktionswege der Kohle bedürfen, sind nahezu unerschwinglich. Ob und wieweit diese Überteuerung der Baustoffe unvermeidbar ist, soll in anderem Zusammenhange erörtert werden.

Jedenfalls muß gebaut werden, und zwar unverzüglich. Einmal, weil Wohnungsmangel und Wohnungselend zu einer kaum wiedergutzumachenden Gefahr für die Gesundheit und Sittlichkeit und damit den ganzen Kulturstand unseres Volkes zu werden drohen.

Zum anderen, weil wir uns unter allen Umständen und um jeden Preis dazu aufraffen müssen, von einem sicheren Punkte aus unsere Wirtschaft wieder in geordneten Gang zu bringen. Das wird dann der Fall sein, wenn es uns gelingt, den mehr als 2 Millionen Arbeitern, die vor dem Kriege im Baugewerbe und seinen Annexen beschäftigt waren, lohnende Arbeit zu geben.

Es erübrigt sich, an dieser Stelle weitläufig auseinanderzusetzen, wie durch die Belebung des Baumarktes auch alle anderen unmittelbaren oder mittelbaren Bau- und Werkzeugindustrien angeregt würden. Wie weiterhin die voll arbeitenden und angemessen entlohnten Arbeiter eine ganz andere Kaufkraft entfalten können, als der Kurzarbeiter oder der auf seine Unterstützung gestellte oder durch die produktive Erwerbslosenfürsorge kärglich versorgte Arbeiter.

Die so gegebene Steigerung der Kaufkraft wird reihefolgend alle anderen dem Lebensunterhalt dienenden Erwerbszweige beleben. Die Nachfrage nach Arbeitskräften wird auch hier steigen und manchen, der jetzt im unproduktiven Verwaltungsdienst das Gnadenbrot der Städte und sonstiger Verwaltungskörper ißt, dazu veranlassen, die lohnendere Beschäftigung im freien Arbeitsmarkt aufzusuchen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Damit aber diese ganze schöne Zukunftsmusik mehr sei als eine bloße Milchmädchenrechnung, muß geprüft werden, ob und auf welche Weise die Mittel zu beschaffen wären, die trotz der hohen Baustoffpreise das Bauen von preiswerten Wohnungen möglich machen könnten. Ein Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 7. Januar 1921 betr. „Die Förderung des Wohnungsbaues mit den Mitteln der produktiven Erwerbslosenfürsorge weist in diese Richtung" (Reichs-Arbeitsblatt, Nr. 9, 1921, S. 324 f.). An sich begrüßenswert, können die dort getroffenen Bestimmungen nur unter erheblichen Modifikationen zu dem Werkzeug im Kampf gegen Arbeitslosigkeit und Wirtschaftsstockung werden, das sie ihrer ganzen Natur nach zu sein vermöchten. Besonders bedenklich erscheint die Bestimmung, daß Reich und Länder nur in bescheidenstem Umfang Mittel der Erwerbslosenfürsorge für den Wohnungsbau zur Verfügung stellen sollen. „Aus der großen Zahl von Bauvorhaben, die eine öffentliche Hilfe verlangen, wird ein kleiner Bruchteil ausgewählt werden müssen, dem diese Hilfe in der Form der produktiven Erwerbslosenfürsorge zugewendet werden kann."

Auf diesem Wege kommen wir nicht weiter, selbst wenn die an gemeinnützige Baugesellschaften und Genossenschaften zu gewährenden Darlehen und Zuschüsse sich auf das 2½fache der Ersparnis an Arbeitslosenunterstützung belaufen. Die Verordnung sagt hier mit Recht, daß der Arbeitslohn heute weniger für den Umfang der Bausumme bedeutet als die Baustoffe. Nach dem anzunehmenden 2½fachen Satz wären auf den Kubikmeter umbauten Raumes zu gewähren:

Ortsklasse	A	B	C	D und E
	70	60	55	50 M.

„Dabei ist der umbaute Raum vom Fußboden des Erdgeschosses bis zur Oberkante des Hauptgesimses zu berechnen."

Nun stellt sich heute (nach mir vorliegenden Berechnungen einer sehr umsichtig arbeitenden gemeinnützigen Baugesellschaft) in der Ortsklasse A der Kubikmeter umbauten Raumes auf 249 M. für den reinen Bau, auf 299,30 M. einschließlich Unkosten und Gartenanteil. Das ist bei einem Friedenspreise von 18 M. für den Kubikmeter umbauten Raumes das 13,85- bzw. das 16,63fache des Friedenspreises. In die Praxis übertragen würde der von seiten des Arbeitsministers vorgesehene Zuschuß von 70 M. auf den Kubikmeter umbauten Raumes rund ein Viertel der benötigten Bausumme repräsentieren. Damit ließe sich wenig anfangen und wenn dies Wenige nun gar nur einem kleinen Bruchteil von Bauten zugeführt werden kann, so ist damit der Beweis erbracht, daß eine großzügige Wohnbauaktion sich auf dieser schmalen Grundlage nicht zu entfalten vermag.

Sollen die Genossenschaften und gemeinnützigen Baugesellschaften in die Lage gesetzt werden, in genügendem Umfang zu bauen, so müssen weit umfangreichere Mittel zu denkbar günstigsten Bedingungen bereitgestellt werden.

Das könnte dadurch geschehen, daß man die alten Wohnbauten die Kosten für die neu zu erstellenden mittragen ließe. Einen solchen Weg schlägt der Gesetzentwurf „Über die Erhebung einer Abgabe zur Förderung des Wohnungsbaues" ein. (Vgl. „Der Heimatdienst", Jahrg. 1, Nr. 16, vom 20. März 1921 „Maßnahmen zur Wiederbelebung der Bautätigkeit"; vgl. auch Gesetz vom 26. Juni 1921, Reichsgesetzblatt, S. 773.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er sieht die Erhebung einer allgemeinen Abgabe von den Nutzungsberechtigten, also Mietern wie Eigentümern, solcher Gebäude vor, die vor dem 1. Juli 1918 fertiggestellt waren. Die Abgabe soll 5 Proz. des jährlichen Nutzungswertes (Mietwertes) der Gebäude oder Gebäudeteile nach dem Stande vom 1. Juli 1914 betragen. Hierzu haben die Gemeinden weitere 5 Proz. Zuschläge zu erheben. 20 Proz. des Ertrages der Abgabe soll an das Reich zur Bildung eines Ausgleichsfonds abgeliefert werden." Da ein Gesetzentwurf des Reichsrates vorliegt, ist einstweilen ein Notgesetz angenommen worden, betr. „die vorläufige Förderung des Wohnungsbaues", vom 12. Februar 1921 (Reichs-Arbeitsblatt, Nr. 11, 1921; Reichsgesetzblatt, S. 175), das die Länder verpflichtet, „zur Förderung des Wohnungsbaues in den Jahren 1921 und 1922 zusammen mindestens einen Betrag von 30 M. auf den Kopf der Bevölkerung aufzuwenden." Zur Deckung sollen die Länder für die Rechnungsjahre 1921 bis längstens 1940 eine Abgabe von den Nutzungsberechtigten solcher Gebäude erheben, die vor dem 1. Juli 1918 fertiggestellt sind. Von den Ausführungsbestimmungen interessieren uns für unsere Zwecke nur die über Gewährung und Berechnung der Darlehen. Es sollen nur Wohnungsbauten mit 70, höchstens (bei Vorsorge für kinderreiche Familien) 80 qm Grundfläche pro Wohnung berücksichtigt werden. — Zur Sicherung der Darlehensforderung ist an dem Baugrundstück eine Hypothek zugunsten einer von der obersten Landesbehörde zu bestimmenden Stelle zu bestellen (Beihilfehypothek, § 9). Die Gesamtherstellungskosten und die Mieten (Mietwerte) der mit Beihilfen unterstützten Wohnungen sind behördlich nach Anordnung der obersten Landesbehörde festzusetzen" (§ 10). „Die Mieten (Mietwerte) sind alle 5 Jahre, wenn nicht schon vorher dazu Anlaß ist, nachzuprüfen und erforderlichenfalls nach Lage des örtlichen Mietmarktes neu festzusetzen" (§ 11). Unter § 14 werden dann noch verschiedene Vorbehalte betr. Rückforderung der Beihilfe in solchen Fällen gemacht, in denen die Bestimmungen über Verwendung und Leistung nicht innegehalten werden.

Dies Notgesetz ist dem Hauptentwurf vorzuziehen. Es könnte zweckmäßig dahin ergänzt werden, daß man den Gemeinden bis auf anderweitige Regelung das Recht zubilligte, daneben noch örtliche Mietzuschläge zu Zwecken des Wohnungsbaues zu erheben. Es sei uns gestattet, am Beispiel einer Großstadt den ungefähren Ertrag eines solchen etwa 10proz. Mietzuschlags zu errechnen. In Frankfurt a. M. wurden am 31. Dezember 1920 107 242 Wohnungen gezählt. (Ich entnehme diese und die folgenden Daten noch unveröffentlichten Mitteilungen des Statistischen Amtes der Stadt Frankfurt, und nehme den Anlaß wahr, dem Leiter des Statistischen Amtes, Herrn Direktor Busch, an dieser Stelle für seine bereitwillige Unterstützung zu danken.)

Davon mit 1 (heizbaren) Zimmer	7 083
„ „ 2 „ „	34 806
„ „ 3 „ „	35 775
„ „ 4 „ „	14 018
„ „ 5 „ „	7 626
„ „ 6 „ „	3 948
„ „ 7 u. 8 „ „	2 554
„ „ 9 u. m. „ „	1 432
	107 242

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von den im Jahre 1919 bezogenen Wohnungen ergaben die

1	Zimmerwohnungen	einen	durchschnittlichen	Mietwert	von . .	297	M.
2	„	„	„	„	„ . .	459	„
3	„	„	„	„	„ . .	681	„
4	„	„	„	„	„ . .	1091	„
5	„	„	„	„	„ . .	1726	„
6 u. mehr	„	„	„	„	„ . .	2942	„

Ergänzend ist hier zu bemerken, daß diese Zahlen errechnet sind auf Grund der im Jahreslauf neubezogenen Wohnungen. Der sich dabei ergebende Durchschnitt ist eher zu niedrig, da einmal die besseren Wohnungen nur ausnahmsweise zur Neuvermietung kamen. Ferner weil die miteinbezogenen entlegenen Vororte niedrigere Mietsätze haben und innerhalb der Stadt ziemlich viel alte Wohnungen von minderer Beschaffenheit dazwischen sind. Es ist also ohne weiteres anzunehmen, daß die meist bezahlten Mieten höher liegen, wobei noch außer Ansatz bleibt, daß auf Grund heimlicher Verabredungen nicht selten eine höhere Miete als die amtlich zugelassene und gemeldete bezahlt wird. Aus alledem erhellt, daß die für den 31. Dezember 1920 auf Grund der vorstehenden Ziffern mit 92 823 722 M. (865 M. durchschnittlich pro Wohnung) errechnete Gesamtaufwendung für Miete in Frankfurt a. M. nur als eine niedrigste Mindestziffer anzusehen ist, so daß wir, wenn wir daraufhin den zu erwartenden Ertrag eines 10proz. Mietzuschlags mit 10 Millionen Mark ansetzen, damit in der Tat nur einen von der Wirklichkeit weit überholten Betrag erhalten. Zu diesen 10 Millionen würden auf Grund der fortgeschrittenen Bevölkerungsziffer, die am 1. März 1921 469 189 Köpfe ergab, der Landeszuschuß von 30 M. pro Kopf der Bevölkerung mit rund 14 Millionen Mark in Summa 24 Millionen Mark für Wohnungsbauten verfügbar werden.

Wir werden in anderem Zusammenhange nachzuweisen versuchen, was ein solcher Betrag für die Wohnungsbautätigkeit bedeuten könnte, d. h. wieviel Wohnungen von der im Gesetz vorgesehenen Größe und Beschaffenheit damit erbaut werden könnten, wollen aber zuvor näher auf ein von mir im Februar 1920 („Frankfurter Volksstimme", Nr. 41): „Allgemeine Wirtschaftslage und Wohnungspolitik" vorgeschlagenes und den zuständigen Reichsstellen unterbreitetes Projekt eingehen. Ich verlangte dort eine Verdoppelung der Friedensmieten. Davon sollten 35 Proz. dem Vermieter verbleiben, 65 Proz. den Städten zugeführt werden. Heute, nach Jahresfrist[1]), liegen die Verhältnisse so, daß man dem Vermieter, wenn er mit Steuern, Reparaturen usw. zurechtkommen soll, mindesters 50 Proz. dieser Mietsteigerung zubilligen müßte. Eine einschlägige amtliche Publikation („Die Besiedlung des Frankfurter Stadtgebietes und die Befriedigung des Wohnbedürfnisses der Bevölkerung", 11. Heft der Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt. Frankfurt 1919) bezieht sich auf das Jahr 1910. Damals wurden in Frankfurt 91 762 Wohnungen mit einem Gesamtmietwert von 61 Millionen Mark und einem Durchschnittswert von 670 M. pro Wohnung festgestellt. Im Jahre 1895 wurden für 48 802 Wohnungen

[1]) Die Arbeit, im März 1921 abgefaßt, gelangte durch widrige Umstände nicht früher zum Druck. Eine Reihe von Angaben dürften daher durch die Entwickelung der Verhältnisse überholt sein. Sie wurden aber belassen, da der Grundgedanke meiner Vorschläge unberührt bleibt und die Einzelangaben nur entsprechend zu modifizieren wären. (Anm. d. Verf.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

28 Millionen Mark oder pro Wohnung 573 M. Jahresmiete verausgabt. Zwischen 1895 und 1910 hat sich demnach eine Mietsteigerung von 16,75 Proz. vollzogen. Da nun im Jahre 1906 eine allgemeine, im Jahre der Finanzreform 1909 sich noch verstärkende Teuerung einsetzte, müssen wir unterstellen, daß auch die Wohnungsmieten diesem Zug nach oben gefolgt sind, und müssen das um so mehr, als ein Vergleich der Mietquote von 1919, zu einer Zeit also, zu der die Steigerung der Mieten noch nicht erheblich war und vielfach noch die erniedrigten Kriegsmieten bezahlt wurden, mit der von 1910 ergibt, daß zwischen diesen Terminen eine Mietsteigerung von 195 M. = 29,1 Proz. sich vollzogen hatte. Die Bevölkerung ist zwischen 1910 und 1914 von 414 576 auf rund 445 000 vor der Mobilmachung oder um rund 30 500 Köpfe gestiegen. Unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Kopfzahl der Haushaltungen mit Anstalten von 4,56, ohne Anstalten von 4,41, würde das für heute eine Zahl von 106 634 Wohnungen ergeben. Es betrug aber schon am 31. Dezember 1920 die Zahl der Wohnungen 107 242. Wenn wir nun diese 107 242 Wohnungen unter Außerachtlassung der heute tatsächlich gezahlten Mieten mit dem Mietdurchschnitt von 1910 in Höhe von 670 M. multiplizieren, so kommen wir auf einen Mietertrag von 71,8 Millionen Mark. Die in Wirklichkeit an dem vorgenannten Termin gezahlte Miete belief sich auf 92,8 Millionen Mark. Es hat also zwischen 1914 und heute bereits eine tatsächliche Steigerung der Mieten um 31 Millionen Mark = 43 Proz. stattgefunden. So mindert sich die von mir verlangte 100proz. in eine nur noch 57proz. Erhöhung auf Friedensmiete. Der Gesamtmieteingang würde sich danach auf rund 144 Millionen Mark stellen. Von der Mieterhöhung von rund 72 Millionen Mark auf Friedensmiete müßten nunmehr nicht, wie mein erster Plan vorsah, 35 Proz., sondern mindestens 50 Proz. dem Vermieter zugebilligt werden, d. h. noch 7 Proz. mehr als er heute schon bekommt. Die restlichen 50 Proz. mit 36 Millionen Mark würden der Stadt verbleiben. So könnte die Stadt an Stelle der oben von uns errechneten 24 Millionen, über eine sichere Jahreseinnahme von mindestens 36 Millionen Mark für den Wohnungsneubau verfügen. Hinzu käme der heute schon und ohne Inkrafttreten des Mietsteuergesetzes gewährte Bauzuschuß des Staates aus dem 400 Millionenfonds, der sich beispielsweise für Frankfurt und das Jahr 1921 auf 7 Millionen Mark beläuft, denen aus eigenen Mitteln der Stadt $2^1/_3$ Millionen Mark zugefügt werden müssen. Bei Realisierung meines Vorschlages stünde sonach der Stadt ein jährlicher Baufonds von 36 Millionen Mark plus $9^1/_3$ Millionen Mark, zusammen also rund $45^1/_3$ Millionen Mark, zur Verfügung. Damit ließe sich neben dem Regiebau die Unterstützung von gemeinnützigen Baugesellschaften und Genossenschaften in beachtlichem Umfang bewerkstelligen.

Nach den mir vorliegenden Kostenvoranschlägen der Frankfurter Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen stellt sich der Kubikmeter umbauten Raumes auf rund 300 M. (299,30 M.). — Das Projekt sieht den Bau von 80 Wohnungen vor. In 10 Häusern sollen drei verschiedene Typen von Wohnungen erstellt werden. Der Durchschnittspreis einer Wohnung wird sich auf ungefähr 81 000 M. stellen. Soll nun die Miete der Neuwohnungen nicht wesentlich höher sein als die der alten, so müßten die Bauherren, die früher für den Kubikmeter umbauten Raumes etwa 18 M. verausgabt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben, unter der Voraussetzung, daß sie die Mietsätze für die zu erbauenden Wohnungen mit dem dreifachen Betrag der Friedensmiete ansetzten, ihren Berechnungen einen Eigenaufwand von höchstens 54 M. für den Kubikmeter umbauten Raumes zugrunde legen. Das wären 18 Proz. der benötigten Bausumme. Das übrige müßte auf dem Wege des zwar zu amortisierenden, aber im übrigen zinslosen Darlehens beschafft werden. Es könnten sonach, mit Hilfe der 45,33 Millionen Mark plus 18 Proz. = 53,5 Millionen Mark jährlich 655 Wohnungen erstellt werden. Das ist ansehnlich, aber nicht ausreichend. Es wäre daher noch nach neuen Geldquellen Umschau zu halten. Auch hierfür seien die Verhältnisse der fraglichen Frankfurter Baugesellschaft herangezogen. Ihre Friedensmieten hielten sich 30 bis 40 Proz. unter dem ortsüblichen Durchschnittspreise der gleichen Wohnungsklasse. Eine vergleichende „Darstellung der gemeinnützigen Bautätigkeit in Frankfurt" (Prof. Dr. Ernst Cahn, Verlag für Förderung des Arbeiterwohnungswesens. Frankfurt 1915, S. 18) ergibt, daß die Gesellschaft mit ihren Mietpreisen selbst noch hinter den übrigen Gemeinnützigen Baugesellschaften mit Ausnahme des Preußischen Staates zurückblieb. Eine allgemeine Verdoppelung der Mieten würde an dieser Relation nichts ändern; es würde ganz im Gegenteil der absolute Unterschied zwischen den Normalmietsätzen und denen solcher Gemeinnützigen Baugesellschaften noch stärker zutage treten. So wäre es nicht unbillig, die glücklichen Mieter dieser billigen Wohnungen etwas mehr als die Allgemeinheit zur Kostendeckung des Wohnungsneubaues heranzuziehen. Voraussetzung für eine solche Sonderbelastung wäre, daß trotzdem die zu zahlenden Mieten noch unterhalb der durchschnittlich für die gleiche Wohnungsklasse gezahlten Normalmieten verblieben. Im Falle der von uns herangezogenen Gesellschaft würde ein Aufschlag von, sagen wir 10 M. monatlich auf jede Wohnung ohne Unterschied der Preis- und Größenklasse etwa das folgende Bild ergeben: Die durchschnittliche Friedensmiete der Gesellschaft stellte sich für eine Wohnung von zwei Zimmern und Zubehör bei 34 qm Fläche auf 15 M., bei 42,8 qm auf 22 M., bei 40,7 qm auf 21 M. monatlich (städtischer Normalsatz 344 M. jährlich = 28,66 M. monatlich). Für eine Wohnung von drei Zimmern und Küche 60 qm auf 35 M. oder zwei Zimmer mit Wohnküche auf 23 bis 32 M. monatlich. Größen von 45 bis 59 qm (städtischer Durchschnitt 521 M. jährlich = 43,42 M. monatlich. A. a. O., S. 106). Bei der vorgeschlagenen Verdoppelung der Friedensmieten plus 10 M. pro Wohnung würden sich demnach die Mietsätze auf 30 bzw. 42 und 46 bis 64 M. monatlich belaufen. Das bedeutet aber, daß sie immer noch um 17 bzw. 23 M. billiger wären als die allgemeinen Sätze und selbst bei einem Aufschlag von 10 M. pro Wohnung unter den Normalsätzen bleiben würden.

Für die Mieter wäre der Sonderaufschlag eine gerechte und vergleichsweise leicht zu tragende Auflage. Darum leicht zu tragen, weil trotz der vorgeschlagenen Erhöhung von 100 Proz. plus 10 M. die Miete nicht wie vordem $^1/_5$ bis $^1/_4$ und mehr des Einkommens, sondern höchstens 5 bis 8 Proz. beanspruchen würde. Interessante Belege in dieser Richtung liefert eine vergleichende Darstellung der Beziehung zwischen Einkommen und Wohnungsmiete im 11. Heft der Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. (Dr. Aug. Busch, Die Besiedlung des Frankfurter Stadtgebietes und die Befriedigung des Wohnbedürfnisses der Bevölkerung, Frankfurt 1919).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir finden dort (S. 150 ff.) eine Zusammenstellung, aus der hervorgeht, daß von 60 880 Wohnungsinhabern, die bis zu 300 M. Staatssteuer zahlten (900 bis 10 500 M. Einkommen), 11 242 = 18,5 Proz. weniger als $^1/_5$ ihres Einkommens, 16 173 = 26,5 Proz. $^1/_5$ bis $^1/_4$ und 33 465 = 55 Proz. über $^1/_4$ für Miete verausgabten.

Damit man nun nicht unterstelle, daß diese hohen Mietaufwendungen etwa von den Bessersituierten gemacht worden seien, lasse ich die folgende Aufstellung, der die Einkommenstufen von 1500 bis 1800 M. als Durchschnittssatz für nach dem damaligen Einkommenstand gutverdienende Arbeiter und Angestellte zugrunde liegen. Danach zahlten von 9045 Mietern dieser Einkommenstufen:

664	Mieter	=	7,3	Proz.	bis	250	M.	Miete	=	14,0	Proz.	des Einkommens
805	„	=	8,9	„	„	300	„	„	=	$16^2/_3$	„	„ „
667	„	=	7,3	„	„	350	„	„	=	19,4	„	„ „
901	„	=	9,9	„	„	400	„	„	=	22,2	„	„ „
877	„	=	9,7	„	„	450	„	„	=	25,0	„	„ „
1318	„	=	14,5	„	„	500	„	„	=	28,0	„	„ „
877	„	=	9,7	„	„	550	„	„	=	30,5	„	„ „
1014	„	=	11,2	„	„	600	„	„	=	$33^1/_3$	„	„ „
483	„	=	5,3	„	„	650	„	„	=	36,0	„	„ „

Die übrigen 1439 Mieter dieser Einkommensklasse (15,9 Proz.) zahlten erheblich höhere Mieten, vereinzelt bis zu 100 Proz. ihres Einkommens. Wir lassen sie daher außer Betracht.

Wir alle wissen, daß heute ein Mehrfaches dieser Einkommen bezogen wird. Während nach den Ausweisen der Ortskrankenkasse Frankfurt a. M im Jahre 1915 22 000 von 75 574 (28,6 Proz.) männlichen Mitgliedern ein Verdienst von 6 M. und mehr hatten, und 1916 nur 29 546 von 76 169 (38,8 Proz.) täglich 6 M. und mehr verdienten, beträgt der in diesen Tagen herabgesetzte ortsübliche Tagelohn für männliche Arbeiter über 21 Jahre immer noch 17,50 M. (Es bedarf für den Kundigen keines weiteren Nachweises dafür, daß dieser Satz nur als Minimalverdienst angesehen werden kann.)

Mit alledem ist der Nachweis erbracht, daß die von uns für gemeinnützige Baugesellschaften verlangten zusätzlichen 10 M. pro Wohnung und Monat in den vorliegenden und allen ähnlich gelagerten Fällen von den Mietern unschwer getragen werden können. Für die gemeinnützigen Gesellschaften aber würden sie die Wiederaufnahme der heute völlig erlahmten Bautätigkeit ermöglichen.

Im Falle der mehrerwähnten Baugesellschaft, die über 1628 Wohnungen verfügt, würde der Zehnmarkzuschlag eine Jahreseinnahme von 205 360 M. bedeuten, und es der Gesellschaft ermöglichen, vorliegende Baupläne ohne übermäßige Inanspruchnahme öffentlicher Mittel zur Ausführung zu bringen. Erweisen wir das am konkreten Beispiel: Die Gesellschaft plant den Neubau von 80 Wohnungen mit einem Kostenaufwand 6 532 672 M. — Die Einnahme von 205 360 M. aus der Zehnmarksteuer ergibt mit 6 Proz. kapitalisiert den Betrag von 3 423 000 M. und setzt danach die Gesellschaft instand, bei einer Darlehnsbank oder der Landesversicherungsanstalt ein Darlehen von 3 500 000 M. aufzunehmen, dessen Verzinsung und Amortisation auf diese Weise von vornherein gesichert wäre. Zu diesen 3 500 000 M. könnte die Gesellschaft, wie wir in anderem Zusammenhange nachgewiesen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben, für den Kubikmeter umbauten Raumes aus eigenen Mitteln 54 M. oder bei den errechneten 21 822 cbm rund 1 100 000 M. hinzufügen. Die restlichen 1 900 000 M. wären als zinsloses, aber zu amortisierendes Darlehen aus den oben gekennzeichneten gemeindlichen oder staatlichen Mitteln zu entnehmen, und zwar in folgender Zusammensetzung:

Bei heute schon für solche Zwecke aus dem 400-Millionenfonds bereitgestellten 70 M. pro Kubikmeter umbauten Raumes würden $21\,822 \times 70 = 1\,327\,540$ M. zuzüglich des Drittels der Stadt mit 442 513 M. in Summa 1 770 000 oder rund 1 800 000 M. für die 80 Wohnungen zur Verfügung stehen. Die dann noch verbleibenden 110 000 M. könnten auf Anleihe genommen werden, für deren Verzinsung die Mehreinnahme an Mieten aus alten Wohnungen aufkäme. In allen diesen Fällen würde sich der aus öffentlichen Mitteln benötigte Zuschuß für eine Wohnung auf rund 24 000 M. herabmindern. Auf diese Weise könnten noch eine ganze Anzahl Wohnungen mehr erstellt werden als wir zuvor angenommen hatten, und man könnte damit rechnen, daß in etwa 4 bis 5 Jahren dem dringendsten Wohnungsbedürfnis Genüge getan sein würde und wir wieder zu Normalzuständen gelangen könnten. (In Frankfurt lagen nach dem Bericht des Wohnungsamtes am 1. Februar 1921 insgesamt 7320 Wohnungsgesuche vor, von denen 3185 = 43,5 Proz. als dringend bezeichnet waren.) Doch ergibt ein Vergleich der Kopfzahl der Bevölkerung (bei 470 000 Einwohnern 107 242 Wohnungen oder auf eine Wohnung 4,4 Köpfe), daß ein nicht unwesentlicher Teil dieser Gesuche von Leuten herrührt, die zwar behaust sind, aber eine Verbesserung der Wohnung anstreben und sich daher melden. Man darf daher annehmen, daß der wirkliche Wohnungsmangel sich nicht wesentlich höher als auf die Zahl der Dringlichkeitsfälle beziffert.

So weit, so gut. Nun aber heißt es, zu den Bedenken Stellung nehmen, die sich der von uns vorgeschlagenen Ermöglichung des Neubaues von Wohnungen durch eine den Altwohnungen aufzuerlegende Sondersteuer von, wie wir gezeigt haben, 57 Proz. entgegentürmen. Den ersten und gewichtigsten Einwand, daß eine solche Mehrbelastung von den Mietern nicht getragen werden könne, haben wir bereits durch den Hinweis entkräftet, daß früher die Miete $^1/_5$ bis $^1/_3$ und mehr des Einkommens beanspruchte, heute 5 bis 8 Proz. Aber selbst wenn wir unterstellen, daß dieser im Vergleich zu anderen Preissteigerungen kleine Aufschlag von den Festbesoldeten nicht getragen werden könnte und eine entsprechende Erhöhung der Bezüge zur Folge haben müßte, so würde das eine Erhöhung dieser Bezüge um etwa 1,5 Proz. (vgl. Durchschnittsmietsätze von 1910 und 1919) erfordern. Das fällt gegenüber allem anderen kaum ins Gewicht und wird unter Umständen durch das Sinken der allgemeinen Indexziffer ausgeglichen.

Aber, so wird weiter eingewandt, Miete ist gleich Grundrente und bedeutet demnach im Gegensatz zu der möglichen Labilität des gesamten Lebenshaltungsmarktes ein Erstarren der Lebenskosten auf dem durch die Mietserhöhung neugeschaffenen höheren Niveau. Diese Unterstellung ist zutreffend und doch nicht beweisend. Es soll nicht bestritten werden, daß eine Erhöhung der Friedensmieten um 100, das will sagen der heutigen Mieten um 57 Proz., die Festlegung der gesamten Lebenshaltung auf einem neuen und höheren, sagen wir ruhig gegen die Vorkriegszeit um 100 Proz. höherem Preisniveau bedeuten würde. Das heißt aber in die Sprache der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tatsachen übersetzt, daß, um die Friedensrelation zwischen Mietquote und anderen Ausgabeposten herbeizuführen, diese Ausgaben und demgemäß auch die Einnahmen (unter Zugrundelegung der Friedenssätze), die ersteren um etwa 500 bis 700 Proz., die letzteren um mindestens 200 bis 300 Proz. zurückgehen müßten. Da die Entwertung des Geldes sich aber nicht nur bei uns vollzogen hat, sondern eine Allgemeinerscheinung von Weltbedeutung ist, müssen wir die Festsetzung der Altmieten auf das Doppelte des Friedenspreises geradezu als ein Minimum bezeichnen, und darauf gefaßt sein, daß die Entwickelung dabei nicht stehen bleiben und allmählich wieder einen gerechten Ausgleich zwischen den einzelnen Positionen der Lebenshaltung herbeiführen wird. In bezug auf den für die Bestimmung der Grundrente ausschlaggebenden, nicht zu Wohn-, sondern zu Produktionszwecken verwandten Boden hat sich diese Ausgleichung bereits dahin vollzogen, daß z. B. die Pachtverträge für Garten- und Ackerland sich um das Zweieinhalbfache erhöht haben. Da aber, wie gezeigt wurde, für unsere Neubauzwecke mit einer Auflage von 100 Proz. auf die Friedens-, d. h. mit einer solchen von 57 Proz. Friedenszuschläge auf die heutigen Mieten auszukommen ist, können wir diese etwaigen Entwickelungstendenzen hier außer Betracht lassen.

Nun könnte weiterhin und mit Recht eingewandt werden, daß eine völlige und dauernde Umstellung auf die heutigen Bau- und Baustoffpreise in ganz anderem Sinne als die Verdoppelung des Friedensmietsatzes der älteren Häuser die Preise der gesamten Lebenshaltung dauernd auf einer ungesunden Höhe und damit eine durchgreifende Gesundung unserer Verhältnisse im Sinne eines langsamen Preisabbaues hintanhalten würde. Gegen diese in der Tat zu befürchtende Entwickelungsmöglichkeit ist an erster Stelle das Genossenschaftswesen mobil zu machen. Es sind bereits hoffnungsvolle Ansätze in dieser Richtung vorhanden. Ihre Träger sind die sozialen Baubetriebe, die in gemeinnützigem Zusammenwirken der Hand- und Kopfarbeiter des Baugewerbes der Sozialisierung vorarbeiten. Es forderten (aus A. Ellinger, „Die Sozialisierung des Baugewerbes", Dachdeckerzeitung, Nr. 14):

Ort	Gegenstand der Ausschreibung	Der billigste Privatunternehmer	Soziale Baubetriebe	Weniger in	
				Mark	Prozent
Pforzheim	Tischlerarbeiten für städtische Siedlungshäuser	240 000	160 000	80 000	50
Krefeld	Straßenbauarbeiten . .	487 000	237 000	250 000	51
Bonn	Tiefbauarbeiten	500 000	206 000	294 000	143
Weimar	Zimmerarbeiten . . .	658 400	630 042	28 358	94
„	Maurerarbeiten	115 847	65 279	50 568	74
„	Dachdeckerarbeiten . .	10 598	4 780	5 818	122
Landsberg a. d. Warte	Erd-, Maurer- und Zimmererarbeiten . .	511 524	372 945	138 579	37

Die vorstehenden Zahlen sind in der Hauptsache einer Schrift entnommen, die unter dem Titel: Das deutsche Bauprogramm 1920 bis 1924 im Industriebeamtenverlag des Bundes der technischen Angestellten erschienen ist. Der Verfasser, Architekt Heinrich Kaufmann, Mitglied der Sozialisierungskommission, entwickelt darin ein großzügiges Programm, nach dem in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit bis 1924 1½ Millionen neuer Wohnungen erstellt werden sollen. Von den auf 118 Milliarden Mark berechneten Gesamtkosten sollen 45 Milliarden durch eine Reichsbauanleihe beschafft werden, und zwar aus einer, wenn erforderlich von einer gewissen Einkommensgrenze ab zwangsmäßig einzuhebenden Bargeld- und weiter aus einer in Bauland, Materialien, Geräten, Ziegeleien, Zementfabriken, Sägewerken, Transportmitteln usw. bestehenden sogenannten Naturalanleihe. So sympathisch dabei auch der Gedanke des sozialisierten und gemeinnützigen Betriebes ist, so wenig kann ich mich für die Zwangsanleihe begeistern. Eine Zwangsanleihe muß verzinst werden. Wie das geschehen könnte, ohne daß man zu horrenden Mietsätzen für die neuen Wohnungen käme, ist mir unklar. So gibt es, nach meinem Dafürhalten, nur zwei Möglichkeiten, um zu bauen und zugleich die Mieten für die Neubauten auf einer erschwinglichen Höhe zu halten. Die eine: daß man auf dem Wege der Zwangsauflage den Besitzenden einen Teil ihres Reichtums zu Bauzwecken beschlagnahmt. Nach allen vorliegenden Erfahrungen ist dieser Weg auf absehbare Zeit ungangbar und darum aussichtslos. Der andere, und wie mich dünkt durchaus gangbare und auch gerechte Weg, ist der, die unter günstigen Bedingungen entstandenen Wohnbauten die Neubaulasten mittragen, sie mithelfen zu lassen, daß die neuen Mieten nur unwesentlich höher sein müssen, als die der vor 1918 erstellten Wohnungen.

Es wird sich bei Durchführung einer solchen Maßnahme zweifellos ein allgemeiner Sturm der Entrüstung erheben. Sehr zu Unrecht. Wer das Problem nach allen Seiten durchdenkt, muß zu dem Schluß kommen, daß nichts gerechter sein kann, als die vorhandenen gebrauchsfertigen Sachgüter an den Lasten der neu zu schaffenden mittragen zu lassen. Andere im Privatbesitz befindliche Sachgüter, wie Kleider, Möbel, Kunstgegenstände, Wäsche, Hausgerät, haben die Preisbewegung nach oben in der Weise mitgemacht, daß z. B. bei Versteigerungen für sie ein Mehrfaches des Anschaffungswertes erzielt wird. Freilich wird diese Aufwärtsbewegung in bezug auf die älteren Häuser erfreulicherweise schon darum nicht stattfinden können, weil ja der Mehrerlös an Miete nicht in die Tasche des Besitzers, sondern in die der Allgemeinheit fließt und dem Zwecke der Beförderung des Wohnungsneubaues unter allen im Gesetz vorgesehenen Sicherheiten gegen mißbräuchliche Verwendung, willkürliche Mietfestsetzung usw. unter Verbot der Weiterveräußerung an Private zugeführt werden muß.

Endlich sei noch einmal daran erinnert, daß diese, wir wollen sie trotz der Unpopularität des Ausdrucks ruhig einmal Mietsteuer nennen, das Haushaltsbudget des einzelnen mit einem Mehrbetrag von höchstens 1½ Proz. des Gesamteinkommens belasten müßte. Würde nun nach unserem Vorschlage dieser Mehrbetrag in Form von Lohn- und Gehaltszuschlägen vergütet, so würde das, vorausgesetzt, daß die Friedensmiete einer Kleinwohnung 30 M., die heutige nach dem von uns für Frankfurt nachgewiesenen Aufschlag 46½ M. und die neue Miete demnach 60 M. monatlich betrüge, ein Mehr von 13½ M., für das Jahr 162 M. und für die Arbeitsstunde, das Jahr zu 300 Arbeitstagen à 8 Stunden = 2400 Stunden gerechnet, von 6,7 Pf. bedeuten. Diese für den Augenblick gewiß nicht gering anzuschlagende Erhöhung könnte aber und würde nach unseren zu Eingang

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemachten Darlegungen zum Auftakt der Wiederbelebung des gesamten Wirtschaftslebens, damit zur Steigerung unserer Leistungsfähigkeit und Kaufkraft, d. h. aber unserer Import- und Exportmöglichkeit, zur Erstarkung unserer Valuta und Auslandsgeltung, d. h. aber zur Rückkehr zu einigermaßen normaler abbauender Preis- und Lebensgestaltung werden.

Aber nun erhebt sich eine schwerwiegende Einwendung: Das ganze von uns entwickelte Programm setzt voraus, daß das Reich auf die Mietsteuer in der geplanten Form verzichte. Wird es dazu bereit sein? Zur Beantwortung dieser Frage soll uns ein Blick auf das helfen, was bisher aus Reichsmitteln gebaut wurde. Der Vertreter der Reichsregierung hat unlängst im Reichstage mitgeteilt, daß bisher insgesamt fast 2 Milliarden Mark aus öffentlichen Mitteln für „verlorene Zuschüsse" zu den Baukosten an Mietwohnungen und Siedlungshäusern gegeben wurden. Davon sind 21 000 Notwohnungen und sollen neben 40 000 erstellten noch weitere 13 000 Dauerwohnungen bezuschußt werden. Nach den von uns begründeten Vorschlägen könnte man in Frankfurt jährlich 655, einschließlich der vorgeschlagenen Sondersteuer von 10 M. pro Monat und Wohnung in all den Fällen, in denen die Miete beträchtlich unterhalb des Normalsatzes bleibt 2220, im Mittel also wohl 1500 Dauerwohnungen erstellen. Frankfurt zählt etwa 470 000 Einwohner, umfaßt also, wenn wir eine Reichsbevölkerung von 60 Millionen annehmen, ungefähr den 130ten Teil der Reichsbevölkerung. Würde unter den gleichen Voraussetzungen überall gebaut, so ergäbe das eine Jahreserstellung von rund 200 000 neuen Dauerwohnungen, so daß bei dem jetzt vorhandenen Bedarf von etwa 840 000 Neuwohnungen und den für die nächsten Jahre zu erwartenden von insgesamt 640 000, zusammen 1½ Millionen, neuen Dauerwohnungen innerhalb der nächsten 7 Jahre eine Ausgleichung von Wohnungsbedarf und Vorrat zu erwarten wäre.

Einen anderen Vorzug unseres Planes erblicke ich darin, daß das Opfer der Mieterhöhung leichter getragen werden wird, wenn es nicht in eine unkontrollierbare Reichskasse, sondern in die der Kontrolle leichter zugänglichen Kassen der Selbstverwaltungskörper fließt. Nicht davon zu reden, daß es die Initiative der Selbstverwaltungskörper, aber auch ihr Verantwortlichkeitsgefühl mächtig anregen würde, wenn Recht und Pflicht des Wohnungsneubaues ihrer Kompetenz unterstellt würden. Endlich liegt die Erstarkung der Selbstverwaltungskörper zweifellos in der Linie des unitarischen Reichsgedankens.

Die vorstehenden Ausführungen wollen nicht mehr sein als ein Beitrag zur Erörterung der Gesundungsmöglichkeiten unserer Volkswirtschaft und damit unseres Volkstums. In diesem Sinne seien sie zur Diskussion gestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chronik der Sozialen Hygiene.

Bevölkerungsbewegung und Bevölkerungspolitik (einschl. Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge).

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

In unserem letzten Bericht über diesen Gegenstand (diese Zeitschrift 1920, S. 241 ff.) konnte ein kurzer Überblick über die Menschenverluste im Weltkriege und einige Ziffern aus deutschen Städten, aus Preußen und aus Frankreich gegeben werden. Über die Rückeinstellung auf den Friedenszustand und die Beeinflussung der Bevölkerungsbewegung durch die politischen Ergebnisse des Krieges konnte noch kein Material vorliegen. Jetzt beginnt dies sich darzustellen, und es ist daher von lebhafterem Interesse, das vorgelegte Zahlenmaterial in seinen Hauptzügen zusammenzustellen und dadurch die Unterlagen für die Beurteilung der sozialbiologischen Folgen des Weltkrieges zu geben.

Die Bevölkerungsbewegung im Deutschen Reich im Jahre 1920 und im ersten Vierteljahr 1921 wird im Septemberheft von „Wirtschaft und Statistik" mitgeteilt. Danach betrugen die Promilleziffern für das Deutsche Reich (ohne Württemberg und Mecklenburg):

	der Heiraten	der Geburten	der Sterbefälle
	auf 1000 Einwohner		
1913, erstes Quartal . .	6,21	28,81	16,82
1920, „ „ . .	12,40	29,52	20,37
1921, „ „ . .	10,44	27,86	15,65

Die Geburtenzahl belief sich in den fünf Vierteljahren vom 1. Januar 1920 bis 31. März 1921 (wieder ohne Württemberg und Mecklenburg) auf 424 741, 390 878, 377 780, 368 242, 409 353. Die starke Zunahme der Heiraten, die schon im August 1919 ihren Anfang genommen hat, ist auf die Zahl der Geburten bisher ohne Einfluß geblieben. Im zweiten und dritten Vierteljahr 1920 und im ersten Vierteljahr 1921 war die Sterblichkeit geringer als vor dem Kriege. Die Zahl der Sterbefälle belief sich im ersten Vierteljahr 1921 auf 229 997, im ersten Vierteljahr 1920 auf 293 160. Auf solche Weise wird doch allerdings in jedem Vierteljahr durchschnittlich ein Geburtenüberschuß von 100 000 bis 200 000 erzielt, was freilich noch recht wenig ins Gewicht fällt gegenüber einem Kriegsverlust von 2 Millionen Gefallenen, 800 000 infolge der Hungerblockade Gestorbenen, 3,6 Millionen Nichtgeborenen, 5,5 Millionen mit den entrissenen Gebieten Verlorenen. So kommt Deutschland jetzt auf eine Bevölkerungszahl von rund 60 Millionen, während es bei normaler Fortentwicklung auf 72 Millionen Menschen gekommen wäre. Die ungünstige politische und wirtschaftliche Lage beschränkt aber jetzt mehr, als alle anderen Faktoren dies tun würden, den Anfang der Gesundung, der sich in den oben gegebenen Zahlen dartut. Die Beobachtung, daß während

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines Krieges der Knabenüberschuß größer wird, ist auch diesmal wieder gemacht worden. Nach Dr. Lucht (Zeitschr. d. Preuß. Statist. Landesamts, Jahrg. 1920, Abt. 1 u. 2) war das Geschlechtsverhältnis der Geborenen für Knaben im Deutschen Reich: 1913: 106,00, 1914: 106,22, 1915: 106,03, 1916: 107,12, 1918: 107,32. Weitere Zahlen (also auch für die Nachkriegszeit) liegen mir noch nicht vor. Diese Zahlen aber, denen eine gleiche Tendenz in den neutralen Ländern nicht gegenübersteht, scheinen darauf zu deuten, daß das entscheidende Moment psychologischer Natur ist.

Die Zahlen der Ehescheidungen beliefen sich im Deutschen Reich auf:

	absolut	auf 100000 Einwohner
1913	17 835	26,6
1918	13 344	20,6
1919	22 022	36,2

Über den Geburtenüberschuß in Preußen können folgende amtliche Ziffern mitgeteilt werden:

Zeitraum	Geburtenziffer	Geburtenüberschuß	
		absolut	auf 1000 Einwohner
1913	1 209 385	+ 552 961	+ 13,28
1919	827 335	+ 177 986	+ 4,50
1920	1 021 645	+ 398 679	+ 10,34

Es heirateten im ersten Vierteljahr 1920 23,66 auf 1000 der Bevölkerung, im zweiten 33,39 Prom., im dritten 25,99 Prom., im vierten 32,64 Prom. Nach den letzten Ziffern scheint es, als ob der Höhepunkt der Heiratslust nunmehr überschritten ist.

Da die Wiederkehr halbwegs normaler Verhältnisse bei den Geburten erst ¾ Jahre nach Schluß der wirklichen Kriegszeit wirken konnte, ist die Geburtenziffer in den beiden ersten Vierteljahren von 1919 noch äußerst niedrig gewesen (rund 15 Prom.); sie ist dann im dritten Vierteljahr auf 22,69 Prom. und im vierten sogar auf 30,69 Prom. gestiegen, so daß sich als Jahresdurchschnitt 20,91 Prom. ergeben hat; die Jahresziffer stand damit jedoch noch stark unter derjenigen des Jahres 1913 (25,03 Prom.). 1920 setzte sie im ersten Vierteljahre mit 29,07 Prom. ungefährt dort ein, wo sie im Jahre 1919 geendet hatte. Es folgten im zweiten Vierteljahr 26,74 Prom., im dritten 25,82 Prom., im vierten 24,79 Prom., so daß der Durchschnitt der vier Quartale 26,60 Prom. ist. Man erhält damit für das erste Kalenderjahr, in dem auch für die Geburten der volle Friedenszustand wirkte, eine Geburtenziffer, die zwar hoch über der der Kriegsjahre, aber unter der der früheren Friedenszeit steht.

Die Sterbeziffer des Jahres 1920 erreichte die des Jahres 1919 nicht ganz und war nur wenig höher als die des Jahres 1913. Die höhere Geburtenziffer des Jahres 1920 gegenüber der von 1919 hat bei ungefähr gleicher Sterbeziffer zur Folge, daß der Geburtenüberschuß des Jahres 1920 den von 1919 weit übertrifft. Der Friedensgeburtenüberschuß schwankte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in den letzten 20 Jahren zwischen 16 und 13 Prom. (einmal 1911 12,2 Prom.), mit sichtlich abnehmender Entwicklungsrichtung. 1913 hatte die Ziffer 13,28 Prom. betragen.

Eine sehr starke Verschiebung hat der Anteil der beiden Geschlechter an der Bevölkerung erfahren. Die männliche Bevölkerung sank von 1914 bis 1919 um 5,64 Proz., während die weibliche um 1,11 Proz. stieg. Zwei Provinzen zeigen im Gegensatz hierzu eine Zunahme der männlichen Bevölkerung, nämlich Ostpreußen mit 0,15 Proz. und Westpreußen-Posen mit 1,91 Proz.; ganz unbedeutend ist ferner der Rückgang der männlichen Bevölkerung in Pommern mit 0,39 Proz. Diese noch aufzuklärende Erscheinung hat vielleicht darin ihren Grund, daß in diesen rein landwirtschaftlichen Provinzen schon ein Rückstrom stellungslos gewordener Industriearbeiter und ein gewisser Zuzug von Flüchtlingen bäuerlichen Standes aus dem Ausland stattgefunden hat. Im ganzen preußischen Staate kamen im Jahre 1910 auf 100 Männer 102,14 Frauen; dieser Frauenüberschuß von 2,14 Proz. ging bis zum Jahre 1914 auf 1,92 Proz. zurück, stieg aber, wie zu erwarten war, bis 1919 erheblich, nämlich auf 9,04 Proz. Nachdem inzwischen die Kriegsgefangenen zurückgekehrt sind, wird er vielleicht rund 7,0 Proz. betragen. Die größte Zahl von Frauen auf 100 Männer wies 1910 Niederschlesien mit 109,80 auf, die kleinste Westfalen mit 95,0; 1919 hatte die größte Zahl Berlin mit 119,59, die kleinste wiederum Westfalen mit 101,97 Frauen.

In Bayern stellen sich die Zahlen für die Eheschließungen, Geburten und Sterbefälle im ersten Quartal der Jahre 1914 bis 1920, wie folgt:

	Eheschließungen	Geburten	Sterbefälle	Sterbefälle im ersten Lebensjahre	Geburtenüberschuß (mehr; weniger)
1914	11 480	51 300	33 625	9186	+ 17 676
1915	5 054	51 323	43 335	9522	+ 7 988
1916	6 668	31 416	38 290	6362	— 6 874
1917	7 119	31 762	39 447	5526	— 7 685
1918	8 064	29 121	35 735	5213	— 6 614
1919	21 276	29 166	34 629	6273	— 5 463
1920	23 626	55 791	32 843	7591	+ 22 948

Von Interesse dürften auch die Ziffern einer Großstadt sein. So ist jetzt die Bevölkerungsbewegung in Berlin im Jahre 1920 zu übersehen. Es ist die Zahl der Eheschließungen 1920 mit 28 369 fast der des Vorjahres gleichgeblieben (28 383), erhöht hat sich dagegen die Zahl der Lebendgeborenen mit 33 469 gegenüber 27 829 im Jahre 1919. Die Todesfälle sind mit 30 982 ungefähr die des Vorjahres geblieben (31 307). Die Säuglingssterblichkeit (über diese siehe weiter unten) hat sich jedoch erhöht.

Bemerkenswert ist die im Laufe der Zeit immer stärker gewordene Verstädterung der Bevölkerung im Deutschen Reiche. Es wurden gezählt (siehe Wirtschaft und Statistik 1921, S. 493) in Gemeinden mit .... Einwohnern:

Jahr	Bis 2000 Einwohner	2000 bis 5000 Einwohner	5000 bis 20000 Einwohner	20000 bis 100000 Einwohner	Über 100000 Einwohner
1871	26 219 352	5 086 625	4 588 364	3 147 272	1 968 537
1890	26 185 241	5 935 012	6 481 473	4 829 202	5 997 542
1910	25 954 587	7 297 770	9 172 333	8 677 955	13 823 348
1919	22 590 848	6 743 187	8 153 556	7 752 838	15 009 270

Namentlich der Zuwachs der großen Städte fällt hierbei auf, der selbst dann noch — durch den Krieg hindurch — anhält, wo alle anderen Ortsklassen infolge eines Gesamtrückganges der Bevölkerung von 64 925 993 (1910) auf 60 249 699 (1919) Einbuße erlitten haben. Der Anteil der Einwohnerschaft der Großstädte (über 100 000 Einwohner) an der Gesamtbevölkerung stieg von 21,3 Proz. im Jahre 1910 auf 24,9 Proz. im Jahre 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch aus dem Auslande liegen neuere Daten über die Bevölkerungsbewegung vor. In Frankreich ergibt die Entwickelung das folgende Bild:

Jahr	Geburten	Todesfälle	Geburtenüberschuß
1913	604 811	587 445	+ 17 366
1914	594 222	647 549	— 53 327
1915	387 806	655 146	— 207 340
1916	315 087	607 742	— 292 655
1917	343 310	613 148	— 269 838
1918	399 041	788 616	— 389 575
1920	834 411	674 621	+ 159 790

Insgesamt schätzt man den Geburtenausfall für Frankreich auf annähernd 1,5 Millionen.

Auffallend ist die große Zahl der Eheschließungen, die sich im Jahre 1920 gegenüber dem Jahre 1913 fast genau verdoppelt haben: 623869 gegenüber 312036. Auf 1000 Einwohner kommen 19 Geburten, 17 Todesfälle und 32 Eheschließungen.

In Nordfrankreich war ja (nach Untersuchungen von Dr. B. Brandt) seit 1880 die Einwohnerzahl in der Mehrzahl der Ortschaften unterschritten und der Menschenverlust der letzten Jahrzehnte hatte durchschnittlich 25 Proz. betragen, auf Grund von Kinderarmut, Abwanderung, Sucht nach frühem Rentnerdasein und anderen Alterserscheinungen eines Volkes, das den Höhepunkt seiner Kultur anscheinend überschritten hat.

Bei der letzten Volkszählung 1913 hatte Deutschland 67 Millionen Einwohner, Frankreich aber 39 Millionen. Die Einwohnerzahlen in den beiden Ländern entwickelten sich in den letzten Jahren folgendermaßen: In Deutschland stieg die Bevölkerung 1881 bis 1895 um 9,5 Proz., 1891 bis 1901 um 14,3 Proz., 1901 bis 1911 um 14,9 Proz. und in Frankreich in denselben Zeitabschnitten um 2,0 Proz., 1,6 Proz. und nochmals um 1,6 Proz. Im Verlaufe von 30 Jahren stieg die Bevölkerungszahl in Deutschland um 44 Proz., in Frankreich dagegen um etwas mehr als 5 Proz.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung des Geburtenüberschusses in den Jahren seit dem Beginn des Jahrhunderts in den bisherigen fünf europäischen Großstaaten:

	Deutschland	Österreich-Ungarn	England	Frankreich	Italien
1901	15,0 Proz.	12,5 Proz.	10,9 Proz.	1,9 Proz.	10,6 Proz.
1905	13,2 „	8,5 „	11,5 „	1,0 „	10,7 „
1910	13,6 „	11,9 „	11,0 „	1,8 „	13,4 „
1912	12,7 „	12,0 „	10,0 „	1,5 „	14,2 „
1913	12,4 „	10,0 „	9,8 „	1,1 „	12,9 „

Während die bevölkerungspolitischen Aussichten der in den Krieg verwickelten Staaten immer trüber werden, hat in den nordischen Staaten die vor dem Kriege sich zeigende Tendenz zur Geburtenabnahme sich nach dem Kriege in eine Geburtenzunahme verwandelt. Nach der allgemeinen Staatszählung vom 1. Februar 1921 hatte Dänemark 3268897 Einwohner — am 1. Februar 1916 2921362 Einwohner —, von der jedoch 163404 auf das durch Abtretung erworbene Gebiet Schleswig-Holsteins entfallen. Die natürliche Bevölkerungszunahme seit 1916 beträgt 184131 oder 6,31 Proz. gegenüber einer Vermehrung um 5,95 Proz. in der Zeit 1911 bis 1916. Im Durchschnitt der Jahre 1911 bis 1921 beläuft sich der natürliche Zuwachs auf 1,26 Proz. jährlich.

In Norwegen ergab die letzte Volkszählung eine Einwohnerzahl von 2646306 gegenüber von 2391782 von 1910. Die Zunahme ist demnach in Norwegen 10,6 Proz. oder im Jahresdurchschnitt 1,06 Proz.

Die Volkszählung in Großbritannien (England mit Wales und Schottland), die am 19. Mai v. J. durchgeführt wurde, zeigt die höchste bisher erreichte Bevölkerungsziffer. Gegenüber der jetzt erreichten Gesamthöhe der Bevölkerung von 42767530 (20430623 männliche, 22336907 weibliche) wurden 1911 im ganzen gezählt 40831396 (19754447 männliche, 21076949 weibliche), was einer Zunahme von 1936134 Einwohnern entspricht. Diese Zunahme ist hauptsächlich in England und Wales zu verzeichnen, während die Bevölkerung von Schottland sich kaum veränderte. Aber diese Vermehrung erreicht kaum die Hälfte derjenigen, die man 1911 verzeichnen konnte, und ist geringer als alle Bevölkerungszunahmen seit 1811. Groß-London vermehrte sich von 7251358 im Jahre 1911 auf 7476168 in diesem Jahre.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Bevölkerung der englischen Kolonien hat durch einen großen Geburtenüberschuß und durch die Einwanderungen einen in den letzten Jahrzehnten riesenhaften Aufschwung genommen, der allerdings durch die Kriegsjahre beeinflußt wurde. Die Zunahme der Bevölkerung in den drei größten englischen Kolonien, Australien, Neuseeland und Kanada entwickelte sich in den letzten drei Jahrzehnten wie folgt:

	1881	1891	1901	1911
Australien	2 306 700	3 241 000	3 824 900	4 568 700
Neuseeland . . .	489 900	626 700	772 700	1 008 500
Kanada	4 324 800	4 833 300	5 371 300	7 206 600
Zusammen:	7 121 400	8 701 000	9 968 900	12 783 800

Das bedeutet eine Zunahme von insgesamt 80 Proz. Der Geburtenüberschuß betrug für Australien 1871 25 Proz., 1910 18,3 Proz., 1914 9,2 Proz.; für Neuseeland in denselben Jahren 30,0 Proz., 16,0 Proz. und 17,0 Proz. Aus Kanada liegen darüber keine genauen Zahlen vor, man schätzt jedoch den Geburtenüberschuß für die Jahre 1901 bis 1910 auf 19,1 Proz. In der Südafrikanischen Union betrug der Geburtenüberschuß 1910: 23,7 Proz., 1913: 21,3 Proz., 1914: 20,4 Proz.[1]).

In den Vereinigten Staaten von Amerika hat die letzte Volkszählung im Jahre 1920 eine Bevölkerungszahl von 117 859 358 Personen ergeben, davon entfallen auf die überseeischen Besitzungen 12 148 738 Personen. Gegenüber der Zählung vom Jahre 1910, die für das Mutterland eine Bevölkerung von 91 972 266 feststellte, ergibt demnach die neueste Zählung eine Zunahme von 13 738 354 Personen oder 1,39 Proz. jährlich. In den Jahren 1900 bis 1910 war die Bevölkerung um jährlich 1,90 Proz. gewachsen, so daß das jetzige Ergebnis eine Verschlechterung bedeutet. Wertvolle Daten gibt Fr. Prinzing in den „Sozialhygienischen Mitteilungen" (Karlsruhe, Oktober 1920, S. 109 ff.), der dort die Bevölkerungsbewegung in Europa und in Amerika vergleicht. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, daß der Altersaufbau in Amerika, das ein Einwanderungsland ist, anders aussieht, ein Männerüberschuß besteht, eine Wanderungsauslese stattfindet und nicht alles von der Geburtenziffer allein abhängt. Diese ist in den einer Betrachtung zugänglichen Registrationsstaaten (20 an der Zahl) verhältnismäßig klein (in Mittel- und Südamerika dagegen groß), aber die Sterblichkeit ist gering, so daß der Geburtenüberschuß immer noch beträchtlich ausfällt: in den einzelnen Staaten der U. S. A. von 5,2 (Maine) bis 20,3 (Utah) auf 1000 Einwohner. Durchschnitt: 10,16, während diese Ziffer lautet in Argentinien 20,0, Chile 8,7, Guatemala 17,6, Mexiko — 1,6, Paraguay 48,5, Uruguay 18,9, Venezuela 7,5.

Über die Säuglingssterblichkeit in Deutschland sind die Zahlen für 1919 amtlich bekannt gegeben. Danach kommen auf 100 Lebendgeborene Gestorbene des ersten Lebensjahres:

	Eheliche	Uneheliche	Überhaupt
Knaben	14,3	26,9	15,8
Mädchen	11,7	22,8	13,1
Überhaupt	13,0	25,0	14,5

Letztere Ziffer (14,5) lautete für 1918: 15,4, 1916: 13,6, 1914: 16,4, 1912: 14,7, 1910: 16,2, 1905: 20,5, 1901: 20,7.

In den einzelnen deutschen Ländern betrug die Ziffer 1919: Preußen 14,4, Bayern 18,1, Sachsen 13,0, Württemberg 13,2, Baden 13,7, Thüringen 12,9, Hessen 11,0.

Die Säuglingssterblichkeit betrug in Preußen in den Jahren 1911 bis 1918:

[1]) Eine eingehende Darstellung der Bevölkerungsbewegung der englischen Kolonien vor und in dem Weltkrieg gibt C. Döring im Archiv für Soziale Hygiene und Demographie, Bd. 14 (1921), S. 97 ff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	in den Städten	auf dem Lande	im Staat		in den Städten	auf dem Lande	im Staat
1911	187,0	186,0	186,4	1915	140,7	160,5	152,0
1912	141,6	148,7	145,6	1916	128,2	138,7	134,0
1913	144,5	153,2	149,5	1917	144,0	150,8	147,9
1914	159,7	166,9	163,8	1918	144,4	155,6	150,7

Da die Geburtenziffer in dem betrachteten Zeitraum von 30,2 Prom. auf 15,1 Prom. gesunken ist und sonst deren Sinken von der gleichen Erscheinung bei der Säuglingssterblichkeit begleitet wird, ist das Stehenbleiben der Säuglingssterblichkeitsziffer als eine ganz beträchtliche Erhöhung der Säuglingssterblichkeit anzusehen. Diese würde noch weiter gestiegen sein, wenn nicht gleich mit Beginn des Krieges eine verstärkte Fürsorge für Säuglinge und werdende und stillende Mütter eingesetzt hätte. Diese hatte Erfolg, weil bereits in der Vorkriegszeit auf die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ein Hauptaugenmerk gerichtet worden ist, und weil weiter die geringen anfallenden Mengen von Kuhmilch durch die Kriegswirtschaft möglichst den Säuglingen und deren Müttern zugeführt wurden. Dies geschah auf Kosten anderer Altersklassen („Volkswohlfahrt", Nr. 8 vom 15. April 1921, S. 196/97).

In Bayern war nach den Feststellungen des Statistischen Landesamts gegenüber dem Geburtenrückgang die Minderung der Säuglingssterblichkeit unbedeutend. Auf den verminderten Bestand an Säuglingen bezogen, ergab sich statt einer Abschwächung vielmehr eine Verschärfung der Lebensgefährdung für die Säuglinge, die sich im Jahre 1919 bei Wiederzunahme der Geburtenziffer noch weiter steigerte, wie folgende Gegenüberstellung zeigt:

	Geburten auf 1000 der mittleren Bevölkerung	Gestorbene Säuglinge auf 1000 im ersten Lebensjahre befindliche Kinder
1913	29,4	19,7
1916	16,3	21,8
1919	22,6	25,1

Während hiernach die Geburtenziffer von 1913 bis 1919 von 29,4 auf 22,6 auf 1000 der Bevölkerung oder um 23,13 Proz. fiel, ist die Säuglingssterblichkeit von 19,7 auf 25,1 Prom. oder um 27,41 Proz. gestiegen.

Noch deutlicher wird dieser ungünstige Stand der Säuglingssterblichkeit des Jahres 1919 an der Hand der Sterblichkeitstafeln, die von Monat zu Monat das Absterben der Lebendgeborenen darstellen. Nach dieser Methode kamen in Groß-Berlin, wie das städtische Statistische Amt in Berlin nachwies, auf 1000 Lebendgeborene des Jahres 1913 135,7 im ersten Lebensjahre gestorbene Kinder, dagegen im Jahre 1919 153,5. Für Bayern stellt sich nach dieser Methode die Säuglingssterblichkeit des Jahres 1919 auf 177,57, also beträchtlich höher als für Groß-Berlin. Besonders gefährdet erscheint der erste Altersmonat: in Groß-Berlin starben auf 1000 der den ersten Altersmonat Überlebenden 51,98, in Bayern 67,60.

Ergänzend hierzu sei über die Säuglingssterblichkeit in Groß-Berlin (aus der Arbeit von Ehrler in den Jahrb. f. Nat.-Ökon. 1921, S. 436 ff) die Tabelle über die Jahre 1913 bis 1919 mitgeteilt:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	In 1000 der Lebendgeborenen der Sterblichkeitstafel sind		
	die das erste Altersjahr Überlebenden	die im ersten Altersjahr Gestorbenen	die letzteren Ziffern in Prozenten von 1913
1913	864,3	135,7	100,0
1914	847,5	152,5	112,4
1915	868,3	131,7	97,1
1916	881,0	119,0	87,7
1917	852,2	147,8	108,8
1918	852,6	147,4	108,6
1919	846,5	153,5	113,1

Die mitgeteilten Zahlen bestätigen die schon a priori einleuchtende Notwendigkeit pfleglichster Behandlung der Volkskraft in dem niedergetretenen Deutschland, eine pflegliche Behandlung, die schon vor der Geburt, dann bei der Geburt und alsbald nach der Geburt die größten Aufgaben zu erfüllen hat. Betrachten wir zunächst, was auf sozialhygienischem (medizinischem) Gebiete an neuen Wünschen und Vorgängen zu berichten ist, um alsdann auch zu den sozialpsychologischen (wirtschaftlichen) Gesichtspunkten und Maßnahmen überzugehen.

Sozialhygienisch ist zunächst vom Säuglingsschutz und der Säuglingsfürsorge zu sprechen.

Auf dem Kongreß für Säuglingsschutz, der Anfang Dezember 1920 im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt im Beisein der Regierungsvertreter fast aller deutschen Länder stattfand, gedachte der Vorsitzende, Präsident des Reichsgesundheitsamtes Geh. Rat Dr. Bumm, des zehnjährigen Bestehens der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz. Durch die Folgen des Krieges und der Hungerblockade stehen wir vor einem unabsehbaren Kinderelend. Die Tagesordnung brachte an erster Stelle einen eingehenden Bericht von Prof. Rott über „Wandlungen und neue Ziele der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge". Dr. Tugendreich empfahl eine das ganze Reich umfassende Gesundheitsstatistik auf Grund einer besonderen „Musterungsanweisung". Eine Besserung des Notstandes erwartet Dr. Fischer (Karlsruhe) von einer gesetzlich eingeführten Familienversicherung. Die Ärzte Dr. Engel (Dortmund), Dr. Langer (Berlin) und Prof. Dr. Rietschel (Würzburg) sprachen über die Bekämpfung der Rachitis, Tuberkulose und hereditären Lues. Die drei Ärzte waren sich darin einig, daß eine erfolgreiche Bekämpfung dieser Kinderkrankheiten nur in der vollständigen Erfassung sämtlicher infizierten und gefährdeten Kinder erfolgen kann und daß gerade unter den heutigen schwierigen Verhältnissen die Hygiene des Säuglings- und Kleinkindesalters einer wesentlichen Aufbesserung bedarf. Beratend und aufklärend auf die Bevölkerung einzuwirken, sei die erste Aufgabe der offenen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Die besondere Schwierigkeit liege allerdings darin, daß es sich bei all diesen Krankheitserscheinungen im wesentlichen um Schäden handle, die aus der allgemeinen Ungunst der Lebenshaltung in den Großstädten im Gefolge der heutigen Notlage entstehen. Die Tätigkeit der Fürsorgestellen müsse sich in Nachforschungen der Fürsorgeschwestern bei Hausbesuchen und Zuführung der gefährdeten Kinder in ärztliche Behandlung teilen. Die Bekämpfung könne nur durch Belehrung, allgemeine hygienische Maßnahmen und Immunisierung erfolgen. Dr. Hoffa (Barmen) sprach über den „Wiederaufbau der Milch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

versorgung". In weiten Teilen Deutschlands herrsche bekanntlich eine bedrohliche Milchknappheit, durch die Gesundheit und Leben unseres Nachwuchses ernstlich gefährdet werden. Der Redner warnte dringend vor einer übereilten Aufhebung der Zwangswirtschaft der Milch, da es dadurch zu einem Zusammenbruch der gesamten Milchwirtschaft mit unübersehbaren Folgen für Gesundheit und Leben der Kinder kommen könne. Sollte es doch dahin kommen, so müsse den Städten und Industriegemeinden durch ein Sondergesetz das Recht verliehen werden, eine gerechte Verteilung der Milch innerhalb des Gemeindegebietes vorzunehmen und auf eine gesunde Preispolitik und hygienische Behandlung der Milch hinzuwirken.

Der Kongreß für Säuglingsschutz nahm einstimmig eine Entschließung an, die schärfsten Einspruch erhebt nicht nur gegen die Deutschland zugemutete Ablieferung von 800000 Milchkühen an die Entente, sondern auch gegen jede sonstige Abgabe von Tieren, durch welche die Versorgung des deutschen Volkes, insbesondere seiner Kinder, mit Milch, Fleisch und sonstigen tierischen Erzeugnissen noch weiter beeinträchtigt würde. Zugleich richtete der Kongreß angesichts der furchtbaren Gefährdung der unschuldigen Kinder den dringenden Appell an die Reichsregierung und die Menschenfreunde des Auslandes, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln bei der Entente den Verzicht auf jene unmenschliche Forderung zu erwirken.

Das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich hat auf Grund neuer, von der Regierung genehmigter Satzungen nunmehr die Bekämpfung der Kleinkindersterblichkeit auch offiziell in seinen Arbeitsplan aufgenommen. Die Anstalt führt jetzt die Bezeichnung: Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit, sie untersteht der unmittelbaren Aufsicht des Preußischen Wohlfahrtsministeriums. Trotz der Not der letzten sechs Jahre konnte sie mit Hilfe des Reiches, der Länder und privater Spenden ihren Betrieb uneingeschränkt aufrechterhalten und zum Teil sogar noch ausdehnen.

In diesem Zusammenhange ist weiter namentlich des neuen preußischen Entwurfs eines Hebammengesetzes zu gedenken. Dieser Entwurf ist der Preußischen Landesversammlung vorgelegt und am 30. September 1920 dem Ausschuß für Bevölkerungspolitik überwiesen worden. Den amtlich angestellten Bezirkshebammen und den in Entbindungs- und Krankenhäusern tätigen soll nach dem Entwurf künftig die Hebammentätigkeit vorbehalten sein. Die Zahl der Bezirkshebammen soll möglichst eingeschränkt werden, um den Beamtinnen eine gesicherte wirtschaftliche Stellung zu gewährleisten, die im Verein mit gründlicher Ausbildung einen Grundpfeiler der Leistungsfähigkeit und Gewissenhaftigkeit bildet. Auch für eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Hebammen über die Stadt- und Landbezirke soll Sorge getragen werden. Die Anstellung der Bezirkshebammen soll durch den Kreis als öffentlich rechtlicher Verband erfolgen, und zwar entweder im Beamtenverhältnis oder durch Privatdienstvertrag. Die Annahme von Gebühren für die einzelne Hilfeleistung verbietet der Gesetzentwurf den Hebammen ausdrücklich. Die Kosten der Anstellung sollen die Kreise nicht aus den allgemeinen Steuern decken, sondern durch Erhebung von Gebühren für die Inanspruchnahme der Geburtshilfe. Die Krankenkassen, die den Versicherten zu baren Geldleistungen für die Hebammentätigkeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen verpflichtet sind, haben einen Pauschalbetrag an den Kreis zu entrichten, wenn eine Bezirkshebamme in Anspruch genommen worden ist. Der Ausbildung der Hebeammen dienen die Provinzialhebammenstellen und neu zu errichtende Kreishebammenstellen. Für eine gründliche und sachgemäße Berufsausbildung der künftigen Hebammen soll weitgehendst Sorge getragen werden. Ihre Zulassung wird auch fernerhin von einer Prüfung und einem behördlichen Befähigungsnachweis abhängig gemacht. Außerhalb Preußens zur Berufsausbildung berechtigte Hebammen bedürfen zu ihrer Anstellung in Preußen einer besonderen Genehmigung des Wohlfahrtsministeriums.

Durch die Parlaments- und Ausschußbeschlüsse ist insbesondere ein sozial wichtiger § 1 in den Entwurf gekommen, der lautet: Jeder Frau in Preußen steht Hebammenhilfe zu. Diese erstreckt sich auf Beratung in der Schwangerschaft, Hilfe bei Störungen in der Schwangerschaft, Hilfe bei der Geburt, Versorgung der Wöchnerin im Wochenbett und der Neugeborenen sowie auf Beratung über die Pflege und das Stillen der Kinder.

Da ferner um die Beamteneigenschaft der Hebammen lebhaft gestritten wurde, hat man eine Gliederung vorgeschlagen in a) Bezirkshebammen, die als Beamtinnen angestellt sind, b) Bezirkshebammen, die durch Dienstvertrag angenommen sind, c) Hebammen, die im Dienste einer Entbindungs- oder Krankenanstalt stehen. Auch an der ursprünglich beabsichtigten Gebührenfreiheit hat man wegen der Schwierigkeiten der Deckungsfrage nicht festhalten zu sollen geglaubt, sondern im Ausschuß vorgeschlagen, bei der Geburt eines lebenden Kindes eine Gebühr zu erheben. Unter die Pflichten der Hebammen ist auch noch die „Förderung der natürlichen Ernährung der Säuglinge" im Gesetzestext aufgenommen worden. Auch sonst hat der Regierungsentwurf vielfache Abänderungen durch den Ausschuß erfahren, z. B. bezüglich der Anstellungs- und Kündigungsbedingungen der Hebammen (vgl. Drucks. d. Preuß. Landesvers. Nr. 3885 A und B und 4073).

(Schluß folgt in Heft 2.)

Besprechungen.

Chr. Fassbender. Das epidemische Auftreten der Grippe und der Encephalitis lethargica in Preußen im Jahre 1920 und die gegenseitigen Beziehungen der beiden Krankheiten. Nach den amtlichen Berichten bearbeitet. Veröffentl. der Medizinalverwaltung. 40 S. Bd. 13, Heft 8. Berlin, Rich. Schoetz. Brosch. 6,60 M.

Wenn auch die Ausführungen des Verf. wegen der Lücken des ihm als Grundlage dienenden amtlichen Materials keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen können, so versteht es der Autor doch, beachtenswerte Ergebnisse aus den behördlichen Berichten herzuleiten. — Der westliche Teil Preußens war auffallend stärker heimgesucht als der östliche. Die Stadtbevölkerung litt bei der Epidemie 1920 mehr als die Landbevölkerung, während es 1918 oft umgekehrt war. In Preußen wurden 70 000 Fälle von Erkrankungen gemeldet, die wohl aber nur als die Schwerkranken anzusehen sind. Die Mortalität stellte sich 1920 geringer als 1918. Das Urteil des Verf., daß die Grippe die kontagiöseste aller menschlichen Erkrankungen sei, ist wohl etwas subjektiv. Eine Immunität entsteht durch Überstehen der Erkrankung nicht, eher eine Überempfindlichkeit. Die häufigste Komplikation war die Pneumonie. Weil-Felix und Widal wurden öfter positiv befunden. In 25 Proz. der Fälle konnten Pfeifferbazillen festgestellt werden; ihre ätiologische Rolle ist daher strittig. Vielleicht ist der Bazillus nur in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symbiose mit anderen Keimen pathogen. Als Therapeutika werden Trypaflavin und Diphtherieserum erwähnt, beide ohne besonderen Erfolg.

Über die Encephalitis teilt der Verf. mit, daß der erste Fall und ebenso die Höchstzahl der Erkrankungen in den Regierungsbezirk Trier fielen. Der Höhepunkt der Lethargica entsprach zeitlich dem der Grippe. Die Mortalität schwankte zwischen 22,8 und 56 Proz. in den einzelnen Bezirken. Die Kontagiosität war sehr gering. Niemals kamen auch nur zwei Fälle in einer Familie vor. Das Krankheitsbild zeigte die mannigfaltigsten Formen. Als Hauptsymptome sind Erregungszustände und Bewußtseinstrübungen zu nennen. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bestanden makroskopisch in feinsten Blutungen in die weiße Substanz, mikroskopisch traten perivaskuläre Plasmazelleninfiltrate hervor. Als Erreger nahm man anfangs ein durch französische Kolonialtruppen eingeschlepptes Virus an. Die Angaben von Prof. Hilgermann, Protozoen von der Art der Leishmaniosen gefunden zu haben, schien diese Vermutung zu bestätigen. Dementsprechend bestanden im Regierungsbezirk Trier die Bekämpfungsmaßnahmen in Ungeziefervertilgung und Schlußdesinfektion. Über die Beziehungen zwischen Grippe und Encephalitis kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß ein Zusammenhang beider Erkrankungen unbestreitbar sei. Reichert (Jena).

Thomas M. Legge und W. Goadby. Bleivergiftung und Bleiaufnahme. (Übersetzt von Dr. Hans Katz, herausgegeben von Dr. Ludwig Teleky.) 372 S., 6 Abbild., 2 Tafeln. Schriften aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene, N. F., Heft 7, Teil 1. Berlin, J. Springer, 1921. Brosch. 87 M.

Mangels eines zusammenfassenden deutschen Werkes über alles das, was unter den Begriff „Bleivergiftung" fällt, haben sich Teleky und Katz der schwierigen Aufgabe unterzogen, die Veröffentlichungen zweier englischer Autoren, die auf dem Gebiete der Bleieinwirkungen auf den menschlichen Körper theoretisch und praktisch große Erfahrungen haben, zu übersetzen und herauszugeben. In dem Werk ist in übersichtlicher Form die Bleiaufnahme und -vergiftung des Körpers behandelt. Von einem geschichtlichen Überblick und der Chemie des Bleies ausgehend, folgen wir den Autoren über die Ätiologie und Symptomatologie, sowie die Behandlung der Bleierkrankungen zu den pathologischen Veränderungen, von der Statistik zu den Vorkehrungen gegen Bleivergiftungen und den Beschreibungen der einzelnen Bleibetriebe. Als Anhang ist der Schrift vom Herausgeber noch eine Aufstellung aller deutschen und österreichischen Gesetze und Verordnungen in bezug auf das Bleigewerbe beigegeben. Allen denen, die eingehend mit dem Stoff zu tun haben oder sich dem genauen Studium der Bleierkrankungen widmen wollen, kann dies Buch nur empfohlen werden.

Dr. Lehmann (Jena).

Alfred Beyer. Gesundheit und gewerbliche Arbeit. Ein Beitrag zur Erweiterung und Organisation des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer. Aus den Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, 13. Bd., 5. Heft. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. Brosch. 24 M.

Das Buch ist fesselnd geschrieben und hält den Leser von Anfang bis zum Ende in Spannung. Da, wo von der Einwirkung der englischen Hungerblockade auf die Massen die Rede ist, wirkt es geradezu dramatisch. In zehn Kapiteln werden die Aufgaben der Gewerbeärzte abgehandelt und ihre Rechte und Pflichten den technischen Aufsichtsbeamten gegenüber abgegrenzt. Der Verf. hat sich ziemlich weite Ziele gesteckt, zu deren Erreichung freilich eine ganz besondere Vorbildung notwendig ist. Mit großem Freimut werden die Mängel der bisherigen Behandlung des Stoffes aufgedeckt, aber auch Mittel und Wege gezeigt, wie diesen Mängeln abzuhelfen sei. Die Forderung, daß sich der neue Gesundheitsbeamte mit Hilfe der Errungenschaften der Physiologie und angewandten Psychologie in die Seelen der Arbeiter hineinfühlen und vor allem ihre Stimmung berücksichtigen müsse, sind unter den heutigen Verhältnissen sehr beherzigenswert. Seine Ansicht, daß die Politik der Gegenwart eine Ernährungspolitik sein müsse, da nur durch eine bessere Ernährung die Arbeitsfähigkeit und -freudigkeit und damit die Produktivität gehoben werden könne, hat etwas Bestechendes, ebenso seine Meinung von der Einwirkung einer Reihe von toxischen Substanzen auf das Zentralnervensystem, durch die das Gefühlsleben krankhaft verändert wird. Der Gewerbearzt hat sich deshalb mit einem ganz neuen Gebiete zu befassen, mit der Feststellung der persönlichen Eignung gerade für die Betriebe, welche hohe Anforderungen an ihre Arbeiter, an bestimmte Organe oder Organgruppen stellen. Die Prüfung der Einzustellenden auf die Funktionstüchtigkeit dieser Organe ist eine der wichtigsten Aufgaben der heutigen Gewerbehygiene, denn auch sie soll sich nicht darauf beschränken, Mittel anzugeben, wie Gewerbekrankheiten zu heilen, sondern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie sie zu verhüten sind. Es würde zu weit führen, näher auf die einzelnen Abschnitte des Buches einzugehen. Die Forderungen, die dort aufgestellt werden, sind wert, daß sie im Original nachgelesen werden. Das Buch sei nicht nur Amtsärzten, sondern allen Ärzten, die mit Fabrikbetrieben zu tun haben, wärmstens empfohlen.
Dr. Sauerteig.

Otto Krohne. Die Neuauflage des Hebammenbuches. Aus den Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, 13. Bd., 3. Heft. Berlin, Richard Schoetz, 1921. Brosch. 5 M.

Die Stellung des Verf. als Ministerialrat im Ministerium für Volkswohlfahrt und Referent für das Hebammenwesen Preußens bürgt dafür, daß die wesentlichen Abweichungen in der Neuauflage in gründlicher Weise besprochen sind. Die Abhandlung ist deshalb allen, die sich rasch über diese Abweichungen orientieren wollen, zu empfehlen. Dr. Sauerteig.

H. Muckermann. Kind und Volk. 4. Aufl. 1. Vererbung und Auslese. 2. Gestaltung der Lebenslage. 208 u. 210 S. Freiburg, Herder, 1921. Zusammen 40,50 M.

Das vorliegende Buch hat die wesentlichsten Tatsachen und Forderungen der Vererbungslehre, wie der Bevölkerungslehre und der Lehre von der Fruchtbarkeit und der Säuglingssterblichkeit in überaus klarer und fesselnder Darstellung des Bevölkerungsproblems zusammengefaßt. Er kommt am Schlusse zu dem Ergebnis, daß eine Harmonie zwischen Erbanlagen und Lebensbedingungen nicht durchsetzbar ist ohne eine veränderte Lebensauffassung und Lebenshaltung, die den Individualismus überwindet, mit dem Willen zur naturtreuen, d. h. auf dem Selbststillen beruhenden Normalfamilie zu verbinden. Diese Lebensauffassung kann nur die christliche Religion bieten, deren positive Bedeutung er gegen Grotjahn in Schutz nimmt. Trotzdem hier also in letzter Linie eine Tendenzschrift vorliegt, ist die Darstellung der biologischen und soziologischen Tatsachen durchaus objektiv. Weinberg (Stuttgart).

Ascher. Vorlesungen über ausgewählte Kapitel der sozialen Hygiene. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 12, Heft 8. 184 S. Berlin, R. Schoetz, 1921. Brosch. 18 M.

Die zwölf Vorlesungen geben einen Überblick über die Ziele und die wichtigsten Arbeitsgebiete der sozialen Hygiene. Das Werk bildet so ein kurzes Lehrbuch der Sozialhygiene. Es ist, ohne neues zu bringen, geschickt und anregend geschrieben.
Abel.

A. Fischer. Tuberkulose und soziale Umwelt. Sozialhygienische Abhandlung Nr. 4. 20 S., 30 Tabellen. Karlsruhe, C. F. Müller, 1921. 7,20 M.

An der Hand von 30 statistischen Darstellungen, unter denen eine größere Zahl badischen Verhältnissen entnommen ist, sucht Verf. darzutun, daß bei der gesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung nicht nur Anzeigepflicht, Ausbau der Heilstättenbehandlung, Ausdehnung der Fürsorgestellen zu beachten seien. Vielmehr kämen für erfolgreiche Tuberkulosebekämpfung noch in Betracht: Niedrighaltung der Lebensmittelpreise, Einschränkung der Frauenarbeit, Untersuchung der Kinder und Behandlung erkrankter (Familienversicherung), gewerbehygienische Maßnahmen, Wohnungsverbesserung, hygienische Belehrung aller Volksschichten. Abel.

Kleinere Mitteilungen.

Krankenversicherung 1915. Nach der Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 294, betrug 1915 die Zahl der reichs- und landesgesetzlich gegen Krankheit Versicherten 14,76 Millionen oder 21,7 v. H. der Reichsbevölkerung. Auf die 2785 Ortskrankenkassen und die 5487 Betriebskrankenkassen entfielen davon 8,3 und 3,3 Millionen Personen. 508 Millionen Mark Einnahmen der Kassen standen 422,5 Millionen Mark Ausgaben gegenüber. Fast neun Zehntel der Ausgaben betrafen Krankheitskosten. Sie betrugen 26,88 M. auf ein Mitglied. Es entfielen auf Krankenbehandlung 28,1 v. H. der Ausgaben, auf Arznei und Heilmittel 13,3, auf Krankenhauspflege 14,0, für Krankengeld 35,5, für Wochen-, Schwangeren- und Stillgeld 4,9, für Hausgeld 1,2, für Sterbegeld 2,8 v. H. An Vermögen besaßen alle Kassen Ende 1915 zusammen 472 Millionen Mark.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Medical Lib.
APR 18 1922

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. Dr. R. Abel
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 2
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

Druck und Verlag
Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges.
Braunschweig 1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des zweiten Heftes.

Seite

Die gesundheitsfürsorgerische Tätigkeit beim Jugendamt. Von Rechtsrat Dr. Ammann, Vorstand des Jugendamtes Heidelberg 37

Schulhygienische Untersuchungen an Schülern der Oberprima des Gymnasiums, Realgymnasiums und der Oberrealschule zu Gießen über optische Merkfähigkeit für geometrische Figuren unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungsfrage. Von Dr. med. Johannes Müller. (Doktordissertation. Aus dem Hygienischen Institut zu Gießen.) Mit einer Abbildung 49

Chronik der Sozialen Hygiene: Bevölkerungsbewegung und Bevölkerungspolitik (einschließlich Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge). (Schluß aus Heft 1.) Von Dr. Alexander Elster, Berlin 64

Besprechungen:

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1914 bis 1918. (M. Pistor) 71

Verein Landaufenthalt für Stadtkinder, 4. Jahresbericht für 1920. (Sieveking-Hamburg) 72

Kleinere Mitteilungen 72

Beiträge werden nur nach dem festen Honoraitarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 2.

Die gesundheitsfürsorgerische Tätigkeit beim Jugendamt.

Von Rechtsrat Dr. Ammann, Vorstand des Jugendamtes Heidelberg.

Wenn man den Versuch unternimmt, die gesundheitsfürsorgerische Tätigkeit beim Jugendamt klarzulegen, so erkennt man sofort, daß man erst die Vorfrage beantworten muß: Was ist ein Jugendamt? Erst dann kann man zeigen, wie nun bei dem Jugendamt Gesundheitsfürsorge stattfindet, in welcher Weise die gesundheitliche Fürsorge in den Gesamtorganismus des Amtes und in den Kreis seiner Aufgaben eingegliedert ist.

Das Jugendamt ist, um es kurz zu sagen, der Mittelpunkt und die planmäßige Zusammenfassung aller Kräfte, die schon bisher auf dem Gebiete der Jugendwohlfahrt gearbeitet haben. Die Träger der Jugendwohlfahrtsbestrebungen haben im Laufe der geschichtlichen Entwicklung gewechselt. Ich will darauf verzichten, diesen Entwicklungsgang im einzelnen zu schildern und nur feststellen, daß seit dem Ende des letzten Jahrhunderts Staat, Gemeinden, Kirche und Schule, die politischen Parteien und Gewerkschaften und eine unübersehbare Zahl von privaten, meist konfessionellen Vereinen, auf dem Gebiete der Jugendwohlfahrt gearbeitet haben. Trotz dieser großen Anstrengungen, die von verschiedensten Seiten her gemacht wurden, hatte sich schon vor dem Kriege die Erkenntnis durchgerungen, daß die bisherige Jugendfürsorge an inneren Mängeln krankte, daß sie von Grund aus neu geformt und geordnet werden mußte, wenn sie der vielgestaltigen Jugendnot unserer Zeit gerecht werden soll.

Der Weltkrieg hat diese Erkenntnis noch vertieft. Ich brauche nicht weiter auszuführen, wie verhängnisvoll der Krieg auf die körperliche und seelische Entwicklung der deutschen Jugend eingewirkt hat. Wir sehen die furchtbaren Folgen der Hungerblockade in der erschreckenden Zunahme von Rachitis, Skrofulose und Tuberkulose und in der abnehmenden Widerstandskraft der Kinder gegen Erkrankungen aller Art. In den sachverständigen Kreisen hat man die Zunahme der Tuberkulosensterblichkeit in den Großstädten auf 90 bis 100 Proz. geschätzt. Die Quäkeruntersuchungen haben uns in allen Städten das gleiche trostlose Bild geschwächter und zerstörter Jugendkraft gezeigt. Untergewichte bis zu 20 Pfund, Zurückbleiben des Wachstums um mehrere Jahre wurden in zahlreichen Fällen festgestellt. Auf dem bevölkerungspolitischen Kongreß in Cöln im Sommer dieses Jahres hat Stadtarzt Prof. Dr. Krautwig die Befürchtung ausgesprochen, daß in etwa 10 Jahren fast jede deutsche Familie in irgend einem Gliede durch Tuberkulose bedroht sein wird, wenn es nicht gelingt, das Wohnungs-, Wäsche- und Ernährungselend zu überwinden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der körperlichen Gefährdung steht die sittliche Verwahrlosung der Jugend nicht nach. Sie hat einen solchen Grad erreicht, daß wir, die wir in der Praxis der Jugendfürsorge darin stehen, oft nahe daran sind, den Mut und die Hoffnung zu verlieren. Wir sehen in grauenvolle Abgründe sittlicher Verwahrlosung, und nur der Glaube an den guten Kern unserer Jugend und die Erkenntnis von den inneren Zusammenhängen der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sittlichen Jugendnot hält in diesem Kampfe aufrecht.

Alle diese Tatsachen haben das öffentliche Gewissen aufgerüttelt, so daß heute die Pflege der Jugendwohlfahrt zur Volkssache geworden ist.

Der größte Mangel der bisherigen Gestaltung lag in der wahl- und planlosen Jugendfürsorgegesetzgebung und in der Zersplitterung der bisherigen Behördenorganisation. Ein Beispiel aus dem Leben mag einen Begriff von der Vielgestaltigkeit der Bestimmungen und dem wirren Nebeneinander der mit Jugendfürsorge befaßten Behörden geben: Ein uneheliches Kind, das auf Kosten der Armenbehörde in fremde Pflege gegeben ist, stand nach den bisherigen Gesetzen in Fürsorge folgender Behörden: 1. des Vormundschaftsgerichts, 2. seines Vormunds oder des städtischen Berufsvormunds, 3. des Gemeindewaisenrats, 4. des zuständigen Ortsarmenverbandes, 5. der Polizeibehörde. Daneben bemühten sich vielleicht noch verschiedene Fürsorgevereine um das Wohl des Kindes. Jede dieser Behörden und Vereine hat ihre verschiedenen Unterorgane und Pfleger, die eine Menge Arbeitskraft vergeuden, mit dem Erfolg, daß eigentlich keine einzige Stelle über die persönlichen Verhältnisse des Kindes wirklich Bescheid wußte, daß oft nicht einmal der Aufenthalt des Kindes oder seiner Mutter mit Sicherheit zu ermitteln war. Daß bei einer solchen Verfahrenheit der Organisation eine individuelle Fürsorge für das Kind natürlich fast ausgeschlossen ist, liegt auf der Hand. Auch hierfür ein Beispiel aus der Praxis: Ein uneheliches Kind wandert von einer ländlichen Pflegestelle zur anderen, oft hält es nur wenige Wochen, selten mehrere Monate in derselben Pflegestelle aus. Der Armenrat bezahlt regelmäßig das Pflegegeld, die Polizeibehörde wacht peinlich darüber, daß jeder Pflegewechsel auch vorschriftsmäßig zur Anzeige gelangt, aber welche Behörde forschte bisher nach dem Grunde des häufigen Pflegewechsels? In zahlreichen Fällen ständigen Pflegewechsels hat das Jugendamt festgestellt, daß eine nie behandelte und dadurch chronisch gewordene Blasenschwäche des Kindes der Grund war, weshalb die Pflegeeltern das Kind nach kurzer Zeit immer wieder abschoben. Wer wundert sich, wenn solch ein Kind in verbitterter Gesinnung großwächst und sich später in bewußten Gegensatz zu der Gesellschaft stellt, die ihm weder Gesundheit, noch Heimat, noch Familie zu schaffen vermochte?

Darum mußte ein Organ geschaffen werden, das im sozialen Geiste der Einzelfürsorge nur für das Wohl der Jugend zu sorgen hat. Dieses Amt ist das Jugendamt. Solche Jugendämter wurden schon vor dem Kriege in verschiedenen Großstädten, wie Hamburg, Lübeck, Bremen, Berlin, Frankfurt a. M., Dresden, Leipzig, Mainz, Mannheim, eingerichtet. In Baden bestehen heute städtische Jugendämter in Mannheim, Heidelberg, Karlsruhe, Baden-Baden, Pforzheim, Offenburg und Freiburg. Im Jahre 1918 hat das preußische Abgeordnetenhaus den Entwurf eines Jugendwohlfahrts-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesetzes angenommen, der für das ganze Land die Einrichtung von Jugendämtern vorsah. Nachdem auch Württemberg durch ein Jugendamtsgesetz und ein Gesetz über die Berufsvormundschaft vom 8. Oktober 1919 noch einmal versucht hatte, die Jugendfürsorge landesgesetzlich zu regeln, hat jetzt das Reich die Führung übernommen. Die neue Reichsverfassung hat in Art. 7, Ziff. 7 und in Art. 9, Ziff. 1 die Zuständigkeit des Reichs für die Aufgaben der Mutterschafts-, Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge und für die Pflege der schulentlassenen Jugend verankert. In Ausführung dieser Verfassungsbestimmungen wurde der Entwurf eines Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes ausgearbeitet, der jetzt vom Reichsrat durchberaten und teilweise geändert ist und in allernächster Zeit auch vom Reichstag verabschiedet werden wird.

Nach diesem Gesetzentwurf müssen für den Bezirk der unteren Verwaltungsbehörde Jugendämter als Einrichtungen der Selbstverwaltung errichtet werden. In Preußen werden daher grundsätzlich die Kreise Jugendamtsbezirke werden. In Baden, wo die untere Verwaltungsbehörde, das Bezirksamt, nicht Selbstverwaltungskörper ist, muß die Landesgesetzgebung noch nähere Bestimmungen treffen. Jedenfalls können größere Städte selbständige Jugendämter einrichten. Zur Sicherung der Einheitlichkeit des Verfahrens sind die Jugendämter in jedem Lande zu einem Landesjugendamt zusammenzufassen. Die ursprünglich vorgesehene Krönung der ganzen Organisation durch ein Reichsjugendamt ist vom Reichsrat abgelehnt worden.

Die Aufgaben der Jugendämter bewegen sich im wesentlichen in vier großen Bahnen. Sie dienen der Bekämpfung der geistigen, körperlichen, sittlichen und wirtschaftlichen Jugendnot. Man unterscheidet danach Gesundheitsfürsorge, sittliche oder Erziehungsfürsorge und wirtschaftliche Fürsorge der Jugendämter. Die Jugendnot kann auf zwei Arten bekämpft werden, entweder unmittelbar und individuell, indem man sich der einzelnen gefährdeten Jugendlichen annimmt, oder mittelbar und generell, indem man allgemein alle Bestrebungen unterstützt, die darauf hinzielen, die gesamte deutsche Jugend zu gesunden und sittlich starken Persönlichkeiten zu erziehen. Hiernach unterscheidet man die Jugendfürsorge, also die Arbeit an der gefährdeten Jugend, und die Jugendpflege, die vorbeugende Arbeit an der gesamten Jugend. Der Begriff Jugendpflege wird auch oft zu Unrecht beschränkt auf die Arbeit an den schulentlassenen Jugendlichen.

Es liegt nun der Gedanke sehr nahe, daß dieser Vierteilung der Aufgaben entsprechend, auch die Arbeit der Jugendämter sich vollzieht und danach ihr Tätigkeitsgebiet geordnet ist. Wäre dies der Fall, dann wäre die Darstellung der gesundheitsfürsorgerischen Tätigkeit beim Jugendamt sehr leicht; sie würde zusammenfallen mit einer Schilderung der Arbeitsweise der Abteilung des Jugendamtes für gesundheitliche Fürsorge. Das ist aber tatsächlich nicht möglich, so wenig sich das einzelne Kind in ein körperliches, ein geistiges, ein sittliches und ein wirtschaftliches Kind vierteilen läßt. Das Leben führt uns immer soziale Sammeltatbestände zu, bei denen bald die eine, bald die andere Seite der Jugendnot überwiegt.

Hinzu kommt weiter ein geschichtliches Moment. Die Jugendfürsorgearbeit der Vergangenheit hat in der Praxis vier fest bestimmte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fürsorgeformen geschaffen, aus welchen sich die einzelnen Zweige der Fürsorgearbeit erst heraus entwickelt haben. Diese vier Grundsäulen, auf denen auch heute noch das Gebäude der Jugendfürsorgearbeit ruht, sind: das Pflegekinderwesen, die Berufsvormundschaft, die Fürsorgeerziehung und der Gemeindewaisenrat. Wenn diese geschichtlichen vier Grundformen der Fürsorgearbeit als Säulen bezeichnet wurden, so muß die gesundheitliche Fürsorge, um im Bilde zu bleiben, mit dem Efeu verglichen werden, der sich um diese Säulen herumrankt.

Ich will nun versuchen, Ihnen zu zeigen, wie sich aus dem Pflegekinderwesen die gesundheitliche Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge herausentwickelt hat und wie z. B. die Berufsvormundschaft in engster Verbindung mit allen diesen Arten der gesundheitlichen Fürsorge arbeitet.

Das Pflegekinderwesen, welches man in manchen Gegenden Deutschlands auch als Halte-, Kost- oder Ziehkinderwesen bezeichnet, regelt die Unterstellung der in fremde Pflege gegebenen Kinder unter eine behördliche Aufsicht. Das Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz unterstellt alle in fremde Pflege gegebenen Kinder unter 14 Jahren, mit Ausnahme der ehelichen Kinder, die bei nahen Verwandten untergebracht sind, der Aufsicht des Jugendamtes. Warum hat man die Pflegekinder einer behördlichen Aufsicht unterstellt? Vor allem aus dem Grunde, weil sie in besonderem Maße gesundheitlich gefährdet waren. Die Erfahrungen in größeren Städten hatten gezeigt, daß zahllose Kinder in den ersten Lebensjahren der Vernachlässigung zum Opfer fielen und daß die Sterbeziffer der Pflegekinder eine bedeutende Höhe erreichte. Niemals wird genau festgestellt werden können, in welchem Umfange die sogenannte Engelmacherei Opfer gefordert hat. Aber die Tatsache steht unzweifelhaft fest, daß vor Einführung der Pflegekinderüberwachung zahlreiche Frauen Kinder von leichtsinnigen Müttern gegen hohes Entgelt in Pflege nahmen und die Kinder dann durch mangelhafte Pflege und Ernährung verkümmern und zugrunde gehen ließen. In vielen Fällen war es wohl auch nicht gerade verbrecherische Absicht, aber vollständige Gleichgültigkeit und Unkenntnis der untersten Grundlagen einer vernünftigen Säuglingspflege, die zum Tode oder dauernden Siechtum der Pflegekinder führte. Die Aufsicht wurde zunächst als rein polizeiliche und im Laufe der Zeit dann als gesundheitliche Fürsorge ausgestaltet, die jetzt überall durch Ärzte und pflegerisch vorgebildete hauptamtliche oder ehrenamtliche Fürsorgeschwestern und Kinderpflegerinnen ausgeübt wird. In Baden ist die Überwachung der Pflegekinder noch nicht sehr alt. Ein badisches Gesetz von 1882 ließ die Anordnung der Überwachung der Kinder unter 7 Jahren zu. Auch konnte durch den Bezirksarzt nach diesem Gesetz Personen, welche die Kinder in bezug auf Schutz, Aufsicht, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlosen, die entgeltliche Verpflegung von Kindern unter 7 Jahren untersagt werden. In den größeren Städten wurden Ende des 19. Jahrhunderts orts- oder bezirkspolizeiliche Vorschriften über das Pflegekinderwesen erlassen.

Die Überwachung der Pflegekinder wird in der Weise ausgeübt, daß zunächst die gewerbsmäßige Erziehung und Pflege von Kindern von einer Erlaubnis des Jugendamtes abhängig gemacht wird, und daß ferner die Pflegekinder fortgesetzt durch Außenbeamte des Jugendamtes und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ehrenamtliche Jugendpflegerinnen überwacht werden. Das Jugendamt kann die Verpflegung eines Kindes auch nachträglich noch verbieten, wenn das körperliche, geistige oder sittliche Wohl des Kindes es erfordert. Die Ermittlungen erstrecken sich auf die Persönlichkeit der Pflegeeltern und auf die Wohnungsverhältnisse. Bei der Prüfung der persönlichen Eignung kommen neben den erzieherischen Gesichtspunkten vor allem auch gesundheitsfürsorgerische Umstände in Betracht. Wenn die Pflegemutter oder der Pflegevater an ansteckenden Krankheiten, wie offene Tuberkulose oder Syphilis leiden, wenn die Pflegeeltern derart alt und gebrechlich sind, daß sie nicht mehr imstande sind, dem Kinde die erforderliche Pflege zu geben, so wird die Erlaubnis versagt. In Hamburg werden erbsyphilitische Säuglinge an solche Pflegemütter vergeben, die selbst syphilitisch waren, aber jetzt in ordentlichen Verhältnissen leben und keine Kinder haben. Dagegen wird wohl nirgends eine ärztliche Untersuchung der Pflegeeltern selbst verlangt, weil hier leicht das Bessere ein Feind des Guten werden könnte und die Pflegeeltern sich durch die Unbequemlichkeit der Untersuchung von der Aufnahme von Pflegekindern abhalten ließen. Dagegen müssen in den meisten Städten, so auch in Heidelberg, alle Pflegekinder unmittelbar nach der Anmeldung ärztlich untersucht werden. Selbstverständlich erstrecken sich die Erhebungen auch auf die Familie, die wirtschaftlichen und sittlichen Verhältnisse. Regelmäßig wird ein Strafregisterauszug erhoben. Früheren Prostituierten wird das Halten von Pflegekindern nicht grundsätzlich versagt. Wenn ein solches Mädchen sich mit einem unbescholtenen Mann verheiratet und jahrelang einwandfrei gelebt hat, so wird ihr unter Umständen die Erlaubnis erteilt. Von den Wohnungen wird verlangt, daß sie hell, trocken und ausreichend geräumig sind. Auch die Art der Belegung der Räume ist genau zu untersuchen. Leider müssen zurzeit große Zugeständnisse an die herrschende Wohnungsnot gemacht werden.

Die ärztliche und gesundheitliche Überwachung der Pflegekinder ist in Heidelberg in der ortspolizeilichen Vorschrift über das Pflegekinderwesen festgelegt, die im wesentlichen mit den entsprechenden Vorschriften anderer badischer Städte übereinstimmt. Danach haben die Verpfleger Kinder unter einem Jahr jeden Monat, in der Zeit vom 15. Mai bis 15. September halbmonatlich, Kinder von 1 bis 2 Jahren jeden zweiten Monat, Kinder vom vollendeten zweiten Lebensjahre ab bis zu ihrem Schuleintritt vierteljährlich dem vom Jugendamt bezeichneten Arzt vorzustellen. Kränkelt das Kind, so ist ohne Verzug die Hilfe des Arztes anzurufen. Der Arzt ist berechtigt, auch ohne Aufforderung das Kind in der Wohnung zu besuchen, seine Anordnungen sind sorgfältig zu beachten. Dabei ist besonders wichtig, daß nach der vom Jugendamt erwirkten Neufassung dieser Vorschrift nicht nur die unehelichen Kinder in fremder Pflege, sondern alle unehelichen Kinder ohne Ausnahme, auch wenn sie bei ihrer Mutter oder deren Verwandten untergebracht sind, der Überwachung unterstellt sind.

Aus dieser gesundheitlichen Überwachung der Pflegekinder hat sich die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge herausentwickelt. Die guten Erfolge der ärztlichen Überwachung gefährdeter Säuglinge und Kleinkinder mußten dazu anspornen, den Segen der ärztlichen Aufsicht auch einem größeren Kreise von Kindern zugute kommen zu lassen. Diese Entwicklung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat sich zuerst auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge vollzogen, indem man allgemein Säuglingsberatungsstunden einführte, zu denen die Mütter aller Stände unentgeltlich Zutritt haben. Die Fürsorgeschwester, die von jeder Geburt eines Kindes durch das Standesamt benachrichtigt wird, begibt sich in die Wohnung der Wöchnerin und fordert sie zu regelmäßigem Besuch der Beratungsstunde auf. Bei der Anmeldung des Kindes wird der Mutter vom Standesamt ein Merkblatt über zweckmäßige Pflege und Ernährung des Säuglings in die Hand gedrückt. Die Fürsorgeschwester überwacht dann genau die Ausführung der ärztlichen Anordnungen der Beratungsstunde. Macht sie Wahrnehmungen, daß das Kind von seinen Eltern gesundheitlich schwer vernachlässigt wird, so meldet sie den Fall dem Jugendamt, das dann durch Warnung und äußerstenfalls durch Entziehung der elterlichen Gewalt eingreift. Die Fürsorgeschwester steht den stillenden Müttern mit Rat und Tat zur Seite, belehrt sie über ihre Ansprüche auf Reichswochenhilfe und vermittelt ihnen unter Umständen städtische Stillprämien. In vielen Städten vermittelt das Jugendamt die Gewährung von Zusatznahrung an stillende Mütter, Schwangere und Säuglinge.

Ein besonders wichtiger Zweig der Säuglingsfürsorge der Jugendämter ist die Pflege der Beziehungen zu den Anstalten der Säuglingsfürsorge. Das Jugendamt hat hier die Aufgabe, ein planmäßiges Ineinandergreifen dieser Anstalten vorzubereiten, ihnen in allen Schwierigkeiten helfend, beratend und fördernd zur Seite zu stehen. Wir stehen hier vor einer sehr ernsten Lage. Die meisten Säuglingsheime haben schwer um ihr wirtschaftliches Dasein zu kämpfen. In Heidelberg mußte die Stadtverwaltung wiederholt helfend eingreifen und hat z. B. im Jahre 1920 Zuschüsse von über 30 000 M. geleistet. Die Verhandlungen des Jugendamtes mit den Säuglingsheimen bewegten sich meist auf der Grundlage, daß zunächst versucht wurde, durch Erhöhung des Pflegegeldes zu helfen. Aber auch das hat seine Grenze. Wird das Pflegegeld über einen gewissen Betrag erhöht, so entstehen Schwierigkeiten, wenn das Jugendamt den Rückersatz von auswärtigen Armenverbänden beitreiben will. Auch ziehen sich dann die Mütter zurück, weil sie nicht in allen Fällen die öffentliche Armenpflege in Anspruch nehmen wollen. Dadurch würde aber gerade das Gegenteil von dem erreicht, was durch die Errichtung solcher Anstalten erstrebt wurde. Es blieb also kein anderer Ausweg als die Gewährung städtischer Zuschüsse.

Die Errichtung rein städtischer Säuglingsheime ist heute wegen der Kostenfrage fast unmöglich. Die Stadt arbeitet verhältnismäßig teurer als ein privater Verein. In Mannheim, wo im Jahre 1920 vier private Säuglingsheime von der Stadt übernommen wurden, hat sich der Personalaufwand in diesen Anstalten schon bald nach der Übernahme in städtische Verwaltung auf das Vierfache erhöht. Das Defizit der Stadt beläuft sich bei den Säuglingsheimen auf etwa eine halbe Million. Bei Neuerrichtung solcher Heime durch private Anstalten muß darauf gesehen werden, daß sie möglichst nicht als reine Säuglingsheime, sondern als Säuglings- und Mütterheime ausgestaltet werden, damit die Verbindung von Mutter und Kind möglichst lange erhalten bleibt und damit den Müttern das Stillen ermöglicht wird. Die Mitarbeit der Mütter hat übrigens auch wirtschaftliche Vorteile für das Heim und verbilligt den Betrieb. Die Praxis hat weiter gezeigt, daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

konfessionell geleitete Mütterheime der disziplinären Schwierigkeiten bei den Müttern besser Herr werden als interkonfessionelle Anstalten. Auch der Leiter der badischen Landesanstalt für Säuglingsfürsorge, Prof. Lust in Karlsruhe, hat diese Auffassung kürzlich bestätigt.

Wie sich nun aus der Überwachung der Säuglinge in Pflegestellen die Säuglingsfürsorge herausentwickelt hat, so wird von den Jugendämtern auch die Ausdehnung der ärztlichen Überwachung der Kleinkinder über den Kreis der überwachungspflichtigen Kinder hinaus auf alle Kleinkinder angestrebt. Die schulärztliche Untersuchung hat gezeigt, daß ein großer Teil der Schulrekruten gesundheitlich nicht als einwandfrei bezeichnet werden kann. Geht man den Ursachen dieser erschreckenden Tatsache nach, so findet man, daß die gesundheitliche Minderwertigkeit nur in wenigen Fällen auf ererbte Krankheiten zurückzuführen ist, sondern in den meisten Fällen durch Krankheiten im Kleinkindesalter erworben ist. Während im Säuglingsalter noch die Ernährungsstörungen hauptsächlich das Leben des Kindes bedrohen, ist das Kleinkind neben Rachitis und Tuberkulose hauptsächlich durch die große Gruppe der ansteckenden Krankheiten gefährdet, wie Masern, Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie mit ihren Nachkrankheiten. Die Eltern erkennen vielfach den Krankheitszustand des Kindes nicht oder nicht rechtzeitig und können ihn als Laien oft auch gar nicht erkennen. Es steht weiter fest, daß die Sterblichkeit der Kleinkinder in den einzelnen sozialen Schichten große Unterschiede aufweist. Diese Tatsache beweist deutlich, daß durch entsprechende wirtschaftliche und gesundheitliche Maßnahmen hier noch viel zu erreichen ist. In einer Statistik über die Sterblichkeit der Kleinkinder in Bremen finden sich folgende Zahlen. Von 1000 lebenden Kindern starben im Kleinkindesalter:

In der Gruppe	der Wohlhabenden	28 Kinder
„ „ „	des Mittelstandes	92 „
„ „ „	der Minderbemittelten	262 „

Die statistischen Ergebnisse werden sich heute nach der sozialen Umschichtung wahrscheinlich anders gestalten.

Die Kleinkinderfürsorge ist daher eine zwingende Notwendigkeit. Der Mangel der gesundheitlichen Fürsorge für das Kleinkind ist ein Raubbau an dem Kapital, welches wir für Säuglings- und Schulkinderfürsorge aufwenden. Die Jugendämter erstreben deshalb die Schaffung von Kleinkinderberatungsstellen möglichst im Anschluß an die Säuglingsberatungsstellen. Diese Kleinkinderberatungsstellen sollen den Kleinkindern aller Volkskreise offenstehen; sie sollen aber nicht selbst behandeln, sondern sich auf die Aufklärung der Eltern und die Erteilung von Ratschlägen beschränken und die Kinder ihrem Hausarzt oder den zuständigen klinischen Anstalten überweisen. Es ist leider Tatsache, daß die Fürsorgestellen bei den praktischen Ärzten mit einem gewissen Mißtrauen betrachtet werden, weil die Ärzte befürchten, daß durch solche Einrichtungen ihnen kranke Kinder entzogen werden. Wer Einblick in das Wesen der Beratungsstunden hat, weiß, daß gerade das Gegenteil der Fall ist, nämlich daß Kinder den Ärzten zugewiesen werden, die ohne die Beratungsstellen kaum den Arzt aufgesucht hätten.

Die Kleinkinderberatungsstelle muß natürlich in engster Verbindung mit der Tuberkulosen- und Krüppelfürsorge und mit sämtlichen sozialen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fürsorgeeinrichtungen arbeiten, dann wird sie die Brücke bilden, auf der wir das Kind ungefährdet von der Säuglingsfürsorge in die Schulfürsorge hinübergeleiten.

Hier in Heidelberg wurde eine Kleinkinderberatungsstelle mit gewissen Beschränkungen in der Luisenheilanstalt eingerichtet. Die Beratungsstelle ist zwar nicht allgemein zugänglich, sondern die Fürsorgeschwestern des Jugendamtes oder andere soziale Fürsorgeorgane müssen die gefährdeten Kleinkinder der Beratungsstunde zuweisen. Immerhin ist damit eine erhebliche Ausdehnung der Fürsorge über den Kreis der reinen Pflegekinder erreicht und man gewinnt auf diesem Wege Erfahrungen über die Zweckmäßigkeit eines weiteren Ausbaues der Beratungsstelle.

Auf dem Gebiet der halboffenen Kleinkinderfürsorge, die das Kind nur für Stunden aus der mütterlichen Familie entfernt und beaufsichtigt, pflegt das Jugendamt die Beziehungen zu den Kleinkinderschulen, -bewahranstalten und -horten, die zum großen Teil von der Stadt subventioniert werden. Die Jugendämter streben hier eine engere Fühlung an. In vielen Städten werden die Anstalten fortlaufend durch ärztlich oder pädagogisch geschulte Mitglieder des Jugendamtsausschusses besichtigt. Auch erstreben die Jugendämter eine intensivere ärztliche Aufsicht über diese Anstalten, die in manchen Städten den Stadt- oder Schulärzten übertragen wurde. In Heidelberg besteht für die Behandlung aller Fragen der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge ein Unterausschuß des Jugendamtsausschusses, in dem die Direktoren der Luisenheilanstalt und der medizinischen Poliklinik, der Bezirksarzt, ein Sozialhygieniker, ein Sachverständiger für Krüppelfürsorge, der Stadtschularzt und ein Vertreter des ärztlichen Vereins, sowie weitere sachverständige Persönlichkeiten vertreten sind. Der Aufwand der Stadt Heidelberg für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge einschließlich der Subventionen für die Kleinkinderanstalten ist für das Rechnungsjahr 1921 auf 134 800 M. geschätzt.

An die Kleinkinderfürsorge schließt sich organisch die Schulkinderfürsorge an. Sie liegt in den größeren Städten in den Händen der Stadtschulärzte. Das Jugendamt arbeitet vor allem auf zwei Gebieten mit, in der Fürsorge für nichtvollsinnige, epileptische und krüppelhafte Kinder und in der Erholungsfürsorge. Bei der Unterbringung nichtvollsinniger Kinder erfüllt das Jugendamt alle Aufgaben, die nach dem badischen Gesetz über die nichtvollsinnigen Kinder, welches später auch auf die krüppelhaften Kinder ausgedehnt wurde, der Gemeinde zugewiesen sind. Die Jugendämter vermitteln die ambulante oder dauernde Behandlung in entsprechenden Anstalten, z. B. in der orthopädischen Klinik, dem Landeskrüppelheim, den Idiotenanstalten usw. Sie regeln die Kostenfrage und erzwingen bei böswilligem Widerstand der Eltern die Unterbringung durch Antrag auf Entziehung der elterlichen Gewalt gemäß § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Erholungsfürsorge hat sich in den letzten Jahren zu einem besonders großen Arbeitsgebiet der Jugendämter ausgewachsen. Auch die Erholungsfürsorge hat sich in gewissem Sinne aus dem Pflegekinderwesen heraus entwickelt. Schon früher haben die Städte für ihre Armenmündel Heil- und Erholungskuren auf städtische Mittel bewilligt. Der Weltkrieg hat die Städte gezwungen, in großzügiger Weise den Kreis dieser Kinder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu erweitern, die Erholungsfürsorge ganz von der Armenfürsorge loszutrennen und Hunderttausende, ja Millionen für diese Zwecke zur Verfügung zu stellen. Die Erholungsfürsorge ermöglicht den erholungsbedürftigen Kindern einen Kuraufenthalt in einer Erholungsstätte, in Ferienkolonien, auf dem Lande oder im Auslande. Die Unterbringung auf dem Lande ist in den letzten Jahren sehr zurückgegangen. Neben sehr erfreulichen Erfolgen sind doch auch Fälle bekannt geworden, in denen die untergebrachten Kinder übermäßig zur Landarbeit ausgenutzt wurden. Deswegen gewinnt die Unterbringung in geeigneten Erholungsheimen gesteigerte Bedeutung. Hier in Baden ist es vor allem das Heuberg-Unternehmen, das den Jugendämtern eine große Sorge abgenommen hat.

Das Verfahren bei der Erholungsfürsorge ist in folgender Weise geregelt:

Die Kinder werden durch den städtischen Schularzt untersucht und ausgewählt. Bei der Vorbereitung und Ausführung der Transporte wirken die Erholungsfürsorgestelle des städtischen Jugendamtes, deren Leitung einer Dame übertragen ist, die Verbände der evangelischen inneren Mission und der katholischen Caritas und zahlreiche ehrenamtliche Helferinnen mit. Die Eltern werden durch das Jugendamt je nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen zu den Kosten ganz oder teilweise herangezogen. Bei besonderer Bedürftigkeit übernimmt die Stadt die Kosten in voller Höhe. Die Stadt ist bemüht, auch von der Ortskrankenkasse, der Landesversicherungsanstalt, der Kriegshinterbliebenen- und Kriegsbeschädigtenfürsorge und anderen Organisationen Beihilfen zu der Erholungsfürsorge zu erwirken. Neuerdings übernehmen die Fürsorgestellen für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene bei Kindern der in ihrer Fürsorge stehenden Familien $^4/_5$ der Kosten, wenn die Stadt das weitere Fünftel übernimmt. Durch diese erfreuliche Stellungnahme ist es ermöglicht, den Kriegswaisen und den Kindern der Kriegsbeschädigten weitgehende Berücksichtigung bei der Erholungsfürsorge zuteil werden zu lassen.

Das Jugendamt hat in diesem Jahre zum ersten Male den Versuch einer Ausdehnung der Erholungsfürsorge auf Kleinkinder gemacht, und wie ich wohl sagen darf, mit Erfolg. Es ist klar, daß die Kleinkinder nur in der Nähe der Stadt und der Eltern untergebracht werden können; es ist aber dringend notwendig, daß mit dem Vorurteil gebrochen wird, als ob nur die Schulkinder eine Erholungsfürsorge notwendig hätten. In beschränktem Umfange wurden dieses Jahr auch Schulentlassene in Erholungsheime entsandt.

Erwähnen möchte ich noch die Mitarbeit des Jugendamtes bei der Quäkerspeisung, die die sonstigen gesundheitlichen Maßnahmen wirksam unterstützt. Die Auswahl der Kinder erfolgt auch hier durch den Schularzt, bisher nach den von der Gesellschaft der Freunde festgesetzten Indexziffern. Das Jugendamt organisiert in Zusammenarbeit mit der Schule und einem Stab von ehrenamtlichen Kräften die Herstellung, den Transport und die Verteilung der Speisen und den Einzug der Gebühren. Vor allem aber führt es der ärztlichen Untersuchung ständig neue Fälle aus der offenen Fürsorge zu.

Ganz ebenso wie das Pflegekinderwesen steht auch die Tätigkeit der Berufsvormundschaft in ständiger engster Verbindung mit der Gesund-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heitsfürsorge. Die Berufsvormundschaft ist herausgewachsen aus der Erkenntnis, daß die Einzelvormünder die Interessen der unehelichen Kinder nicht genügend zu wahren in der Lage sind. Dieses Versagen der Einzelvormünder gegenüber den unehelichen Kindern wurde in der ersten Zeit nach der Geburt, also in der Zeit der größten Schutzbedürftigkeit, besonders verhängnisvoll. Der ungünstige Gesundheitszustand und die geringe Lebensfähigkeit der unehelich Geborenen spricht hier eine deutliche Sprache.

Das Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz weist jetzt dem Jugendamt die Amtsvormundschaft über alle unehelichen Kinder zu, und gibt ihm das Recht, sich für alle aus öffentlichen Mitteln versorgten Minderjährigen als Berufsvormund besonders bestellen zu lassen. Die Berufsvormundschaft hat zunächst die Aufgabe, alle Unterhaltsansprüche der unehelichen Kinder gegen die Erzeuger wirksam zu betreiben. Was hier bisher nicht geschehen ist, will ich nur an einem einzigen Beispiel aus der Heidelberger Praxis aufzeigen: Die Berufsvormundschaft wurde mit Wirkung vom 17. November 1920 eingeführt. Bis 1. Juli 1921 waren durch die Tätigkeit der Berufsvormundschaft bereits 137 663 M. Unterhaltsgelder beigetrieben, obwohl die Mehrzahl der Prozesse noch nicht bis zum Urteil vorgeschritten war.

Neben dieser Unterhaltsbetreibung hat die Berufsvormundschaft aber auch eine fürsorgerische Seite, sie ist wie jede Vormundschaft ein Vertrauens- und Fürsorgeverhältnis zu dem Mündel, dessen Wohl sie mit allen Kräften zu fördern sucht. Die Berufsvormundschaft zieht deshalb ihre schützende Hand nicht von dem Kinde zurück, bis es sittlich gefestigt und erwerbsbefähigt ist. Aus diesem Grunde ist der Berufsvormundschaft auch die Berufsberatung und der gewerbliche Jugendschutz angegliedert. Auf dem ganzen Wege von der Geburt bis zur Volljährigkeit des Mündels arbeitet der Berufsvormund in der gesundheitlichen Fürsorge Hand in Hand mit dem Arzt. Er sorgt dafür, daß das Kind aller Wohltaten und Einrichtungen der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge teilhaftig wird; kommt es zur Schule, so vermittelt er, wenn erforderlich, Erholungsfürsorge oder Quäkerspeisung oder ein Heilverfahren. Wird das Kind aus der Schule entlassen, so prüft er, in Zweifelsfällen zusammen mit dem Arzt oder Psychiater, die Geeignetheit der gewählten Berufsart.

Auch bei der Fürsorgeerziehung ist der Arzt der ständige unentbehrliche Mitarbeiter des Jugendamtes. Zunächst bei der Vorbereitung der Entschließung über die Einleitung des Fürsorgeerziehungsverfahrens. Hier liegt dem Arzt vor allem die Aufgabe ob, die körperlichen und seelischen Ursachen der Verwahrlosung zu erforschen und Vorschläge über die Art der Unterbringung des Kindes in Familien oder Anstalten zu machen. In Heidelberg arbeitet auf diesem Gebiet besonders segensreich die heilpädagogische Beratungsstunde für schwer erziehbare und psychopatische Kinder, welcher alle geeigneten Kinder aus der offenen und geschlossenen Fürsorge überwiesen werden. In zweifelhaften Fällen werden die Kinder in dem städtischen Kinderheim Siebenmühlenthal, der bisher einzigen heilpädagogischen Erziehungsanstalt Badens, einige Zeit beobachtet. Der badische Staat plant jetzt die Einrichtung zweier Psychopatenheime in Sinsheim und Flehingen. Nach § 13, Abs. 5 der badischen Fürsorgeerziehungsordnung ist in allen Fällen ein Arzt zuzuziehen und, wenn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anzeichen für eine krankhafte geistige Veranlagung oder Entwicklung vorliegen, ein psychiatrischer Sachverständiger.

Wenn ich zu Anfang als vierte Grundsäule der Jugendfürsorgearbeit den Gemeindewaisenrat bezeichnet habe, so muß ich ergänzend noch sagen, daß der Gemeindewaisenrat die Einzelvormünder in ihrer Amtsführung zu überwachen hat, und daß daher die Übertragung der Aufgaben des Gemeindewaisenrats auf das Jugendamt es ermöglicht, daß das Amt seine Fürsorge auf eine große Anzahl von Familien ausdehnt, die sonst seiner Aufsicht entzogen wären. Für die Zusammenarbeit des Gemeindewaisenrats mit dem Arzt in der gesundheitlichen Fürsorge gilt dasselbe, was ich von der Berufsvormundschaft und der Fürsorgeerziehung ausgeführt habe.

Damit glaube ich ein ungefähres Bild von der gesundheitsfürsorgerischen Tätigkeit beim Jugendamt gegeben zu haben, und kann davon absehen, noch die zahlreichen anderen Tätigkeitsgebiete des Jugendamtes zu schildern, bei denen die gesundheitsfürsorgerische Tätigkeit mehr in den Hintergrund tritt, wie die Adoptionsvermittlung, die Mitarbeit bei der Bekämpfung der Auswüchse des Kinos und der Schundliteratur. Die Aufgaben der sogenannten Jugendpflege sind bis jetzt von den wenigsten Jugendämtern in Angriff genommen worden. Es ist aber zweifellos, daß auch bei der Jugendpflege Arzt und Erzieher in gleicher Weise zu Wort kommen müssen.

Zum Schluß sollen noch zwei grundsätzliche Organisationsfragen besprochen werden, die die beteiligten Fachkreise im letzten Jahre besonders lebhaft beschäftigt haben. Zunächst die Frage: Wie sollen Gesundheits-, Wohlfahrts- und Jugendämter in ihrem Tätigkeitsgebiet gegeneinander abgegrenzt werden? Der erste deutsche Gesundheitsfürsorgetag, der am 25. Juni 1921 in Berlin stattfand, forderte die Errichtung von kommunalen Gesundheitsämtern und die Loslösung der sozialhygienischen Jugendfürsorge von der Organisation des Jugendamtes und Übertragung der Gesundheitsfürsorge auf das Gesundheitsamt. Prof. Krautwig teilte auf dieser Tagung die gesamte Fürsorge für hoffende und stillende Mütter, Wöchnerinnen, Säuglinge und Kleinkinder in der offenen, halboffenen und geschlossenen Form, ferner die gesundheitliche Schulkinderpflege, insbesondere die Erholungsfürsorge und die Fürsorge für lungen- und geschlechtskranke Kinder dem Gesundheitsamt zu.

Nach dem, was ich zu Eingang ausgeführt habe, brauche ich meinen persönlichen Standpunkt zu der Streitfrage kaum mehr auseinanderzusetzen. Es ist nach meiner Überzeugung praktisch undurchführbar, die gesamte gesundheitliche Fürsorge vom Jugendamt loszutrennen und dem Gesundheitsamt zu übertragen, ohne daß eine Zersplitterung der Jugendfürsorgearbeit, ein Gegen- oder Aneinandervorbeiarbeiten entsteht. Das ist ja der Hauptvorzug der Jugendämter, daß sie die verschiedenen Zweige der Jugendfürsorge in sich zusammenfassen, so daß jeder Mann und jede Frau im Volke weiß, es gibt eine Stelle, wo man sich in aller Jugendnot hinwenden kann. Es ist selbstverständliche Pflicht des Jugendamtes, dem Arzt bei allen gesundheitsfürsorgerischen Fragen entscheidenden Einfluß einzuräumen. Es ist auch nichts dagegen einzuwenden, wenn alle Maßnahmen, die generell auf die gesundheitliche Förderung der gesamten Jugend oder größerer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gruppen in einer Stadt hinzielen, vom Jugendamt auf das Gesundheitsamt übertragen werden. So kann wohl die Erholungsfürsorge, die Quäkerspeisung, die gesundheitliche Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge, soweit sie sich in allgemeinen Maßnahmen, wie Abhaltung von Beratungsstunden, Reihenuntersuchungen usw. erschöpft, dem Gesundheitsamt überwiesen werden. Alle Maßnahmen aber, die sich im Wege der Einzelfürsorge mit dem einzelnen gefährdeten Kind befassen, müssen beim Jugendamt bleiben oder mindestens vom Jugendamt ihren Ausgang nehmen, da hier allein die Kanäle der offenen und geschlossenen Jugendfürsorge einmünden, da hier allein die Mittel vorhanden sind, um die sich anhäufenden sozialen Sammeltatbestände nach allen Richtungen zu bearbeiten. Dies gilt vor allem bei der Fürsorge für diejenigen Kinder, die kraft gesetzlicher Vorschrift der besonderen Aufsicht des Jugendamtes unterstehen, wie Uneheliche, Pflegekinder, vom Haushalt der Eltern getrennte eheliche Kinder, sittlich verwahrloste, obdachlose, nicht vollsinnige, dauernd krüppelhafte Kinder usw.

Solche Kinder muß das Gesundheitsamt, ehe es sie in Behandlung nimmt, dem Jugendamt zuweisen, damit hier der Jugendfürsorgefall als Ganzes geprüft wird und je nach dem Ergebnis der Prüfung die erforderlichen Maßnahmen, wie z. B. Fürsorgeerziehung, Entziehung der Elternrechte, polizeiliches Pflegekinderverbot, Erwirkung oder Erhöhung der Unterhaltsrente, Einrichtung einer Schutzaufsicht, Einweisung in eine Heilanstalt usw. eingeleitet werden können. Selbstverständlich wird das Jugendamt das Kind, in dringenden Fällen sofort, dem Gesundheitsamt zur ärztlichen Behandlung wieder überweisen, wenn eine solche erforderlich ist.

Mit dem gleichen Recht, vielleicht sogar mit höherem Recht, könnte man dem Jugendamt auch die Erziehungsfürsorge abnehmen und eigene Erziehungsämter, etwa bei den Schulen, einrichten. Damit würde man nur die ganze geschichtliche Entwicklung wieder zurückschrauben, die eben aus der Vielheit zur Einheit, aus der Zersplitterung zur Zusammenfassung geführt hat.

Damit beantwortet sich auch die zweite Streitfrage, ob der Arzt oder der Erzieher oder der Verwaltungsbeamte die leitende Stellung im Jugendamt haben soll. Die richtige Antwort auf die Frage müßte eigentlich lauten, daß der Vorstand eines Jugendamtes Arzt, Erzieher und Verwaltungsbeamter sein muß. Da wir aber in Deutschland solche Universalgenies nicht besitzen, und seit dem unglücklichen Ausgang des Krieges arm geworden sind an sozial-interessierten Persönlichkeiten, so bleibt keine andere Möglichkeit, als daß die Leiter der Jugendämter und der Wohlfahrtsämter aus der Reihe der Ärzte, der Erzieher und der Verwaltungsbeamten genommen werden. Pflicht des jeweiligen Vorstandes eines Jugenamtes ist es dann, die in der Leitung nicht vertretenen Faktoren zu engster Mitarbeit heranzuziehen. In dieser Lösung erblicke ich einen besonderen Vorzug. Gehen Sie die Geschichte der Jugendfürsorge zurück, so sehen Sie Menschen aller dieser Berufsarten als Bahnbrecher für neue Fortschritte. Was sie zu Pionieren in der Jugendfürsorgearbeit machte, das war nicht allein ihr Fachwissen, sondern das warm und sozial empfindende Herz, die lodernde Liebe zur Jugend, und so haben sie sich gegenseitig wirksam ergänzt und bereichert. Das sollte doch auch ein Wegweiser für die künftige Gestaltung der Jugend- und Wohlfahrtsämter sein. Darum nicht gegeneinander,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern miteinander, der Arzt, der Erzieher, der Jurist, der Volkswirtschaftler. So allein werden wir die Hydra der deutschen Jugendnot siegreich überwinden. Dem furchtbaren Wort des englischen Philanthropen: „Es ist tragisch, als deutsches Kind geboren zu sein", wollen wir zuversichtlich und mutig das Gelöbnis entgegensetzen:

Alles für unsere Jugend!

[Doktordissertation. Aus dem Hygienischen Institut zu Gießen.]

Schulhygienische Untersuchungen

an Schülern der Oberprima des Gymnasiums, Realgymnasiums und der Oberrealschule zu Gießen über optische Merkfähigkeit für geometrische Figuren unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungsfrage.

Von Dr. med. Johannes Müller, z. Zt. in Hannover, Stadtkrankenhaus I.

(Mit einer Abbildung.)

Im Jahre 1916 veröffentlichte Sommer im „Jahresbericht über Neurologie und Psychiatrie" eine Reihe von Versuchen, die er an dem bekannten Rechner, Dr. Rückle, gemacht hatte, um dessen optisches Gedächtnis zu untersuchen. Sommer wählte zu diesem Zwecke 25 Figuren, die im wesentlichen den von Rybakow (ursprünglich Bernstein) angegebenen entsprechen. Im Anfang des Jahres 1920 erschien eine Arbeit von Gerster[1]), der die gleichen Versuche mit fünf Patienten der Gießener Psychiatrischen Klinik [Fall 1: Psychogene Neurose, Fall 2: Paranoia, Fall 3: Kriegsbeschädigter (Kopfschuß), Fall 4 und 5: Schwachsinn] angestellt hatte. Aus diesen Versuchen ergab sich, welchen Einfluß pathologische Veränderungen auf das Reproduktionsvermögen auszuüben vermögen. Neuerdings hat Noebel[2]) an Gesunden Untersuchungen über Form und Lage einer Rybakowschen Figur in ihrer Beziehung zur Häufigkeit ihrer Reproduktion angestellt.

Um zu sehen, ob die Ermüdung auf das Reproduktionsvermögen von Einfluß sein könnte, suchte ich durch Schulversuche festzustellen, wie sich die Reproduktionsverhältnisse vor und nach dem Unterricht an einem Schultage, sowie im Vergleich zu Anfang und Ende der Woche gestalten. Wir wissen aus früheren Versuchen zahlreicher Hygieniker, Ärzte und Pädagogen — ich nenne nur Sikorski[3]), Höpfner[4]), Laser[5]), Burger-

[1]) Gerster, Klinische Untersuchungen über das optische Gedächtnis. Dissert. Gießen 1920.

[2]) Noebel, Die Bedeutung von Form und Reihenfolge bei der Verwendung einer Figurentafel zur Untersuchung des optischen Gedächtnisses. Dissert. Gießen 1920.

[3]) Sikorski, Annales d'hygiène publique 1879, V, 2, p. 458.

[4]) Höpfner, Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane 1893, VI, S. 191.

[5]) Laser, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1894, Bd. 7, S. 2 und 207.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stein[1]), Griesbach[2]), Schnyten[3]), Wagner[4]), Sakaki[5]) und Abelson[6]) —, daß der Schulunterricht, namentlich wenn er mit Vollstunden betrieben, d. h. auf 50 bis 60 Minuten ausgedehnt wird, und keine genügenden Erholungspausen zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden liegen, eine beträchtliche Ermüdung mit sich bringt, die mit der Länge des Unterrichts am Tage anzusteigen pflegt und von der Art der Fächer, der Methode des Lehrers, dem Schülermaterial, der Lage des Unterrichts in bezug auf Vor- und Nachmittag wesentlich abhängig ist. Außerdem wissen wir, wie insbesondere Schnyten und Griesbach[7]) sowie Steinhaus[8]) nachwiesen, daß die Ermüdung an ein und demselben Tage bis zum Unterrichtsschluß am Vormittag wächst, und andererseits, daß, nachdem durch die Mittagspause mehr oder weniger Erholung hervorgerufen wurde, während des Nachmittagsunterrichts wieder ein Anstieg der Ermüdung einzutreten pflegt. Ja, es hat sich herausgestellt, daß vielfach auch gegen Ende der Woche die Ermüdung einen höheren Grad erreicht, als zu Beginn oder in der Mitte der Woche. Griesbach hat den Verlauf der Ermüdung ein ganzes Semester lang verfolgt, Schnyten sogar über ein Jahr, und durch diese Versuche hat sich herausgestellt, daß am Schluß des Semesters oder des Schuljahres bei sehr vielen Schülern ein Maximum der Ermüdung eintrat. Vom schultechnischen Standpunkte aus, sowie aus unterrichtshygienischen Gründen wird daher der Schulunterricht durch kürzere oder längere Ferien von Zeit zu Zeit unterbrochen. Was für die Schüler gilt, hat auch für den Lehrkörper Geltung. Bei meinen Untersuchungen, die nur drei Wochen umfassen, handelt es sich ausschließlich um Morgenunterricht, da in den betreffenden Lehranstalten wissenschaftlicher Nachmittagsunterricht gar nicht oder nur in sehr beschränktem Maße abgehalten wurde. Aber nicht nur in unterrichtshygienischer Hinsicht, sondern auch in psychologischer Hinsicht schien es nicht ausgeschlossen, mittels der genannten Versuche wichtige Aufschlüsse zu erhalten.

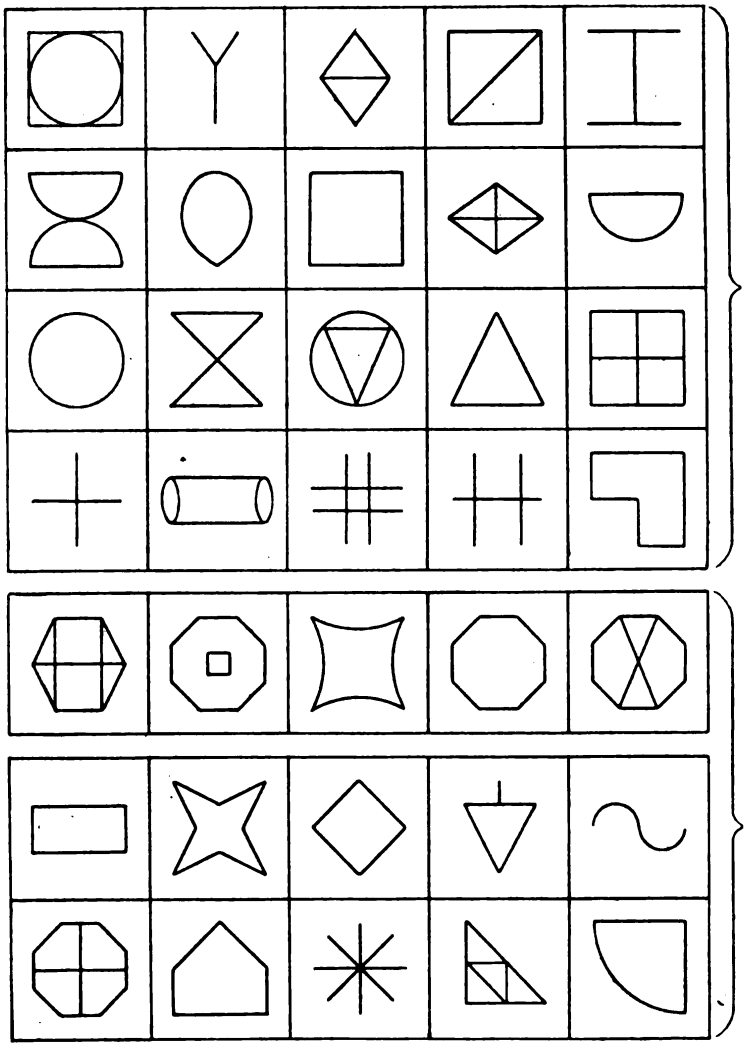
Die Versuche wurden im Gymnasium, Realgymnasium und der Oberrealschule mit gütiger Genehmigung der Herren Direktoren unternommen. Ich beschränkte die Versuche auf eine Klasse, und zwar auf die Oberprima der drei Anstalten. Im Gegensatz zu Sommer, Gerster und Noebel, die 25 Figuren reproduzieren ließen, gebrauchte ich zu meinen Versuchen nur 20 Figuren, da zum Vergleich mit den Ergebnissen parallel laufender Versuche mit jüngeren Schülern — worüber von anderer Seite berichtet wird — die Beschränkung auf 20 Figuren geeigneter erschien. Damit die wachsende Übung und die Erinnerung den Einfluß der Ermüdung nicht allzusehr verwischen sollte, auch um die Beaufsichtigung der Schüler zu erleichtern, benutzte ich einen Wechselrahmen: Dieser bestand in einer

---

[1]) Burgerstein, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1891, S. 544 und 607.
[2]) Griesbach, Archiv für Hygiene 1895, Bd. 24, S. 124; Gesunde Jugend, Bd. 8, Verhandlungsheft.
[3]) Schnyten, Bericht des 1. Internat. Kongresses für Schulhygiene, Bd. 2, S. 189; Archives de Psychologie 1903, I. u. II.
[4]) Wagner, Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der pädagogischen Psychologie und Physiologie, Bd. 1, Heft 4.
[5]) Sakaki, Internat. Archiv für Schulhygiene, Bd. 1, Heft 1.
[6]) Abelson, Ebenda, Bd. 5, S. 347.
[7]) Griesbach, Verhandlungsheft, S. 255.
[8]) Steinhaus, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1907, S. 535.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dunkel kolorierten Tafel von 40 cm Höhe und 48 cm Breite, in deren parallele Leisten 20 Pappscheiben in Quadratform von 9 cm Seitenlänge, auswechselbar, in vier Reihen angeordnet werden konnten. Auf den weißen Pappscheiben waren die Figuren, fast die ganze Größe derselben einnehmend, in schwarzer Tusche mit 3 mm dicken Linien aufgezeichnet. Da sich herausstellte, daß das Auswechseln der Rybakowschen Figuren nicht ausreichte, um den störenden Einfluß der Erinnerung von vorhergehenden Versuchen auszuschalten, habe ich neue Figuren, ähnlich den Rybakowschen, hinzukonstruiert, um eine größere Variation zu ermöglichen. (Siehe Tafel.)



Die Tafel habe ich den Schülern bei stets gleichmäßig guter Beleuchtung, unter Berücksichtigung kurzsichtiger Schüler, die entsprechend umgesetzt wurden, 3 Minuten lang exponiert, und dann habe ich 3 Minuten Zeit zur Reproduktion gewährt. Während die übrigen Experimentatoren eine bestimmte Zeit zur Reproduktion in der Regel nicht festsetzten, habe ich dafür eine bestimmte Zeit deswegen gewählt, um einerseits den Unterrichtsbetrieb und andererseits die Schüler nach Schluß des Unterrichts nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unnötig aufzuhalten. Vor Beginn der Versuche wurden die Schüler genau angewiesen, die Figuren nach Form und Lokalisation in das zugehörige Feld richtig in die Quadrate eines Blankoformulars einzuzeichnen. Die Schüler wurden eindringlich vor einem Hilfesuchen beim Nachbarn gewarnt, besonders wurde ihnen die völlige Zwecklosigkeit einer solchen Fälschung vor Augen geführt.

Im allgemeinen zeigten sich die Schüler auch verständnisvoll und legten guten Eifer an den Tag. Die Versuche wurden zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Woche vor und nach dem Unterricht in gleicher Weise an den drei genannten Anstalten unternommen. Bei der Beurteilung wurde auf vollständige Richtigkeit in der Form, dazu gehört auch die richtige Stellung im Quadrat, z. B. ob ein Dreieck mit der Spitze nach oben, unten, rechts oder links gerichtet richtig nachgezeichnet wurde, sowie auf Lokalisation in das zugehörige Feld geachtet. Dementsprechend habe ich die Einteilung in folgende Rubriken gewählt:

a) Gesamtzahl der gezeichneten Figuren[1]).
b) Vollkommen richtig wiedergegebene Figuren.
c) Nach Form (einschl. Stellung im Quadrat) falsch gezeichnete, aber richtig lokalisierte Figuren.
d) Falsch lokalisierte, aber nach Form (einschl. Stellung im Quadrat) richtig gezeichnete Figuren.
e) Nach Form (einschl. Stellung im Quadrat) falsch gezeichnete und falsch lokalisierte Figuren.
f) Gesamtzahl der teilweise oder ganz falsch wiedergegebenen Figuren. Rubrik c + d + e.
g) Ausgelassene Figuren.

Um eine für Vergleiche anschaulichere Rechnung zu ermöglichen, habe ich die Ergebnisse in bezug auf die Gesamtzahl der Figuren (20) prozentual umgerechnet, so daß sich beispielsweise bei 18 Figuren 90 Proz. ergeben würden. Da nicht alle Schüler einer Klasse, aus verschiedenen Gründen, bei allen Versuchen zugegen sein konnten, habe ich, der Einheitlichkeit wegen, diejenigen Schüler, die ein- oder mehrmals fehlten, aus meinen vergleichenden Berechnungen eliminieren müssen. So habe ich im Gymnasium von den 21 Schülern der Oberprima nur 17, im Realgymnasium von 22 Schülern nur 14 und in der Oberrealschule von 17 Schülern nur 11 in Betracht ziehen können.

1. Versuchsreihe (Gymnasium).

Versuch I. Montag, 30. August 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.

17 Schüler. Durchschnittsalter 18 Jahre.

Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	74	54	5	14	1	20	26

[1]) Diese Rubrik ist der Vollständigkeit halber mit eingesetzt, wenn auch ihre Bedeutung hinter den folgenden Rubriken b) bis e) zurücksteht, weil sie sich sowohl aus richtigen, wie aus falschen zusammensetzt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es folgen fünf Lehrstunden, und zwar:

7	Uhr	40	Min.	bis	8	Uhr	25	Min.	Religion . . . Übersetzung des Römerbriefes
8	„	30	„	„	9	„	15	„	Französisch . Übersetzung
9	„	25	„	„	10	„	10	„	Mathematik . Gleichungen gelöst
10	„	25	„	„	11	„	10	„	Griechisch . . Übersetzung
11	„	10	„	„	11	„	50	„	

Versuch II. Montag, 30. August 1920, 11 Uhr 50 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	77	55	5	14	3	22	23

Bei diesem Versuche zeigt es sich, daß trotz Umstellung der Figuren in den Spalten c und d kein, in Spalte b ein ganz geringer Unterschied gegen den Vorversuch zu erkennen ist, während in der Spalte e eine Differenz zutage tritt, die eine Zunahme der total falsch gezeichneten Figuren anzeigt, welche allenfalls auf Ermüdung zurückzuführen wäre. Gegen die Ermüdung würde dagegen das Resultat aus Spalte a (oder b) sprechen. Ein sicherer Anhaltspunkt für die Erkennung der Ermüdung ist also nicht gegeben. Für diese Schlußfolgerung spricht auch der Umstand, daß bei 8 Schülern die Zahl der richtig reproduzierten Figuren zugenommen und bei 8 Schülern abgenommen hat.

Versuch III. Mittwoch, 1. September 1920, 8 Uhr 30 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	78	59	11	6	2	19	22

Es wurden die gleichen Figuren wie bei den beiden ersten Versuchen gezeigt, natürlich in anderer Zusammenstellung. Das Ergebnis ist etwas besser als am Montag. Vielleicht ist das auf die gewonnene Übung zurückzuführen (Spalte a bzw. g und b). Es ist zu bemerken, daß ein Schüler einen weiteren Rückgang seiner Leistung zeigt. (Siehe auch die folgenden Versuche.)

Anschließend vier Lehrstunden:

8	Uhr	30	Min.	bis	9	Uhr	15	Min	Griechisch . . . . Es wurde übersetzt
9	„	25	„	„	10	„	10	„	Physik . . . . . „ „ experimentiert
10	„	25	„	„	11	„	10	„	Griechisch . . . . „ „ übersetzt
11	„	10	„	„	11	„	50	„	

Versuch IV. Mittwoch, 1. September 1920, 11 Uhr 45 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	76	59	5	9	3	17	24

Zu diesem Versuche wurde eine neue Umstellung der bisher exponierten Figuren verwandt. Insgesamt wurden etwas weniger Figuren gezeichnet (Spalte a bzw. g), hierin zeigt sich also vielleicht die Ermüdung durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den vorangegangenen Unterricht. Auch das Lokalisationsvermögen hat gelitten (Spalte d). Andererseits sind allerdings weniger Formfehler gemacht worden (Spalte c). Also ist auch hier eine Ermüdung mit Sicherheit nicht erkennbar. Im einzelnen zeigt sich bei 9 Schülern eine Abnahme und bei 7 Schülern eine Zunahme der richtig gezeichneten Figuren. Pro Kopf ist bei diesen 7 Schülern die Differenz zwischen dem Morgen- und Mittagsversuche bezüglich der richtigen Figuren aber durchschnittlich größer als bei den 9 Schülern. Es ist ferner zu bemerken, daß ein Schüler, derselbe wie im Vorversuch, im Gegensatz zum Klassendurchschnitt (s. auch S. 53 und 55) auch wieder einen Rückgang seiner anfangs besonders guten Leistung zu verzeichnen hat.

Versuch V. Sonnabend, 4. September 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	64	48	7	6	3	16	36

Da der Einwand erhoben werden könnte, daß sich bei den vorhergehenden Versuchen der Einfluß der Erinnerung zu deutlich geltend gemacht hätte, waren zu diesem Versuche größtenteils neue Figuren genommen worden. Als Reaktion darauf zeigte sich eine bedeutende Verschlechterung des Ergebnisses (Spalte a bzw. g und b). Was die Fehler anbelangt, so hat die Zahl der Formfehler (Spalte c) zugenommen, während die Zahl der Lokalisationsfehler abgenommen hat (Spalte d). Da von den „alten" Figuren 33 Proz., von den „neuen" Figuren 40 Proz. schätzungsweise als schwieriger angesehen werden dürften, die Aussagen der Schüler bestätigten diese Annahme, so ist wohl das schlechtere Resultat in erster Linie auf die teilweise größere Kompliziertheit der angewandten Figuren zurückzuführen. Außerdem mag aber auch eine Ermüdung, die durch die Wochenarbeit erzeugt worden ist, mitspielen.

Es schließen sich fünf Lehrstunden an:

7	Uhr	40	Min.	bis	8	Uhr	25	Min.	Deutsch	Vortrag
8	„	30	„	„	9	„	15	„	Geschichte . . .	„
9	„	20	„	„	10	„	10	„	Physik	Experimente
10	„	25	„	„	11	„	10	„	Latein	Übersetzung
11	„	10	„	„	11	„	50	„		

Versuch VI. Sonnabend, 4. September 1920, 11 Uhr 45 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	73	54	9	6	4	19	27

Es wurden die gleichen, jedoch umgestellten Figuren benutzt, wie am Morgen. Schon zeigt sich wieder die Wirkung der Erinnerung, sowohl in der Zahl der überhaupt, als auch in der Zahl der richtig gezeichneten Figuren (Spalte a bzw. g und b), so daß auch hier keine Ermüdung kenntlich wird. Allerdings hat die Zahl der formal und total falsch gezeichneten Figuren zugenommen (Spalte c und e). Im einzelnen haben 9 Schüler mehr und 7 Schüler weniger Figuren richtig gezeichnet als beim vorigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Versuche. 2 Schüler wurden während des Unterrichts besonders stark beansprucht, von diesen hatte der eine trotzdem, vielleicht infolge besonderer Willensanspannung, ein besseres, der andere, an den die letzte Stunde erhöhte Anforderungen stellte, ein schlechteres Resultat zu verzeichnen.

Rückblickend auf alle sechs Versuche läßt sich feststellen, daß sich infolge des starken Einflusses der Erinnerung oder Übung eine Wirkung der Ermüdung an den Mittagen nicht geltend macht, wohl aber am Wochenschluß gegenüber Anfang und Mitte der Woche. In gleicher Richtung deutet die Zunahme der formal falsch gezeichneten Figuren (Spalte c). Andererseits zeigt sich aber eine Abnahme der fehlerhaften Lokalisation im Verlauf der Woche (Spalte d). Die Lokalisation dürfte aber wohl keine so wichtige Rolle bei der optischen Merkfähigkeit spielen, wie die Form, obgleich nicht außer acht gelassen werden darf, daß bei manchen Personen das Formengedächtnis, bei anderen das Lokalisationsgedächtnis mehr ausgeprägt sein kann. Im einzelnen zeigte nur ein Schüler nach dem Unterricht regelmäßig eine Abnahme seiner Leistung, während ein anderer Schüler nach dem Unterricht, wohl infolge der Erinnerung, regelmäßig eine bessere Leistung aufwies. Ein Schüler, der von Versuch I bis V ein ständiges Zurückgehen seiner Resultate zu verzeichnen hatte, erzielte bei Versuch VI eine Besserung seines Ergebnisses. — Im übrigen zeigt das allgemein noch gute Ergebnis am Ende des Unterrichts sowie auch der Woche, trotzdem sich hier eine Ermüdung bemerkbar zu machen scheint, daß in dieser Klasse von einer Überlastung mit Arbeit nicht die Rede sein kann.

Der Durchschnitt aus den sechs Versuchen beträgt für die Gesamtzahl aller gezeichneten Figuren 74 Proz., für die richtig gezeichneten Figuren 55 Proz.

Das beste Ergebnis erreichte ein Schüler mit 77 Proz. richtiger Figuren, das schlechteste Ergebnis zeitigte ein Schüler mit 23 Proz. richtiger Figuren. Auf Ermüdung kann aber das schlechte Resultat des letzteren nicht zurückgeführt werden, da er von vornherein schlecht reproduziert hat, näher liegt es, mangelhaften Formensinn und schlechtes Gedächtnis für das Versagen verantwortlich zu machen. Das Alter hat keinen nachweisbaren Einfluß auf das Resultat der Proben. Sowohl der beste wie der schlechteste Schüler hatte das Durchschnittsalter von 18 Jahren.

Wenn es nach Binet und Simon[1]) zutrifft, daß Merkfähigkeit und Reproduktionsvermögen für Figuren und Gegenstände mit der Energie der geistigen Vorgänge wächst und somit in Beziehung zur „Reife und Richtung der Intelligenz“ steht, so dürften die hier angewandten Figuren, insbesondere unter Berücksichtigung der Übereinstimmung mit der Beurteilung seitens der Schule, zur Intelligenzprüfung nicht ungeeignet erscheinen. (Was hier betreffs des Gymnasiums gesagt wird, gilt auch für die beiden anderen Anstalten.)

Wir finden, daß 7 Schüler eine gute, 7 eine mittlere und 3 eine schwache Merkfähigkeit zeigten.

Der Klassenlehrer beurteilte Begabung, Aufmerksamkeit und Gewissenhaftigkeit bei 7 Schülern mit gut, 9 mit mittel und 1 mit schwach.

[1]) Binet und Simon, „Développement de l'intelligence“, l'année psychol. I, 14, p. 80.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In 7 Fällen stimmte das Versuchsergebnis mit dem Urteil des Lehrers überein, in 4 Fällen urteilte der Lehrer schlechter, in 6 Fällen besser als der Ausfall der Proben zu erkennen gab.

2. Versuchsreihe (Realgymnasium).

Versuch I. Montag, 6. September 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.
14 Schüler. Durchschnittsalter 18 Jahre.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	80	61	6	11	2	19	20

Zu diesem Versuche wurden wieder die „alten" Rybakowschen Figuren verwandt. Die Klasse hatte eine gute Leistung zu verzeichnen.

Es folgen fünf Lehrstunden:

7 Uhr	40 Min.	bis 8 Uhr	25 Min.	Latein	Es wurde übersetzt
8 „	30 „	„ 9 „	15 „	Religion	Vortrag
9 „	25 „	„ 10 „	10 „	Deutsch	„
10 „	25 „	„ 11 „	10 „	Chemie	Experimente
11 „	20 „	„ 12 „	— „	Französisch . . .	Es wurde übersetzt

Versuch II. Montag, 6. September 1920, 11 Uhr 50 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	54	42	2	9	1	12	46

Bei diesem Versuche wurden die „neuen" Figuren verwandt. Das Resultat ist bedeutend schlechter (Spalte a bzw. g und b). Hierfür kann, da der vorausgegangene Unterricht keine besonderen Schwierigkeiten mit sich brachte, unmöglich die Ermüdung allein verantwortlich gemacht werden. Der Grund des minderwertigen Ergebnisses ist vielmehr darin zu suchen, daß die „neuen" Figuren, wie schon ausgeführt wurde, wohl als etwas komplizierter angesehen werden können. Dem Zurückgehen der Fehlerzahl (Spalte c, d und e) kann deswegen meines Erachtens wohl weniger Bedeutung beigemessen werden, weil bei der so viel geringeren Zahl der gezeichneten Figuren auch die Möglichkeit, Fehler zu machen, geringer geworden ist. Bei diesem Versuche hat sich mir der Verdacht aufgedrängt, daß die Klasse sich nicht die gleiche Mühe wie vorher gegeben hat. Im einzelnen haben 11 Schüler weniger und nur 2 Schüler mehr Figuren richtig wiedergegeben. Die zwei Schüler, die während des Unterrichts längere Fragen zu beantworten hatten, haben ein schlechteres Resultat als am Morgen erzielt, wodurch möglicherweise Ermüdung zutage tritt.

Versuch III. Mittwoch, 8. September 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	59	44	7	7	1	15	41

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um einen Anhalt dafür zu gewinnen, ob die Differenz in den Resultaten der vorausgegangenen Versuche zu einem merklichen Teile auf der verschiedenen Kompliziertheit der Figuren beruhen möchte, habe ich jetzt die Versuchsanordnung umgekehrt und des morgens die „neuen" Figuren gezeigt. Wieder kommt ein schlechtes Resultat heraus (wenn es sich auch etwas gebessert hat, Spalte a bzw. g und b), so daß wohl eine erhöhte Schwierigkeit der „neuen" Figuren anzunehmen ist. Ein weiterer Grund für das schlechte Ergebnis ist möglicherweise Zerstreutheit und Unlust, vielleicht im Zusammenhang mit unzureichender Schlafdauer infolge häuslicher Vorbereitungen für den Unterricht. Dafür spricht vielleicht auch das Anwachsen der Formfehler (Spalte c), während allerdings die geringere Zahl der Lokalisationsfehler (Spalte d) dem nicht entspricht.

Anschließend:

7 Uhr 40 Min. bis 8 Uhr 25 Min.	Latein	Übersetzung
8 „ 30 „ „ 9 „ 15 „	Physik	Vortrag über Elektrizität
9 „ 25 „ „ 10 „ 10 „	Deutsch	Vortrag
10 „ 25 „ „ 11 „ 10 „	Mathematik . .	Differentialrechnung
11 „ 20 „ „ 12 „ — „		

Versuch IV. Mittwoch, 8. September 1920, 11 Uhr 55 Min. vormittags.

Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	72	59	7	5	1	13	28

Es wurden jetzt wieder die „alten" Figuren gewählt. Vor dem Versuche habe ich die Schüler nochmals ermahnt, sich immer gleichmäßig gute Mühe zu geben. Auf diese Ermahnung, auf die wohl etwas geringere Kompliziertheit der „alten" Figuren und vielleicht auch auf einige Reminiszenzen an die „alten" Figuren, ist es wohl zurückzuführen, daß nach dem Unterricht ein viel besseres Resultat erzielt worden ist (Spalte a bzw. g, b u. f). Im einzelnen ist zu bemerken, daß 12 Schüler die Zahl der richtigen Figuren, gegenüber dem vorhergehenden Versuche, vermehrt und nur 2 Schüler dieselbe vermindert haben. 4 Schüler hatten während des Unterrichts eine größere Aufgabe zu erledigen, alle vier haben trotzdem besser gezeichnet als am Morgen. Möglicherweise kommt auch hierfür wieder eine erhöhte Willensanspannung in Betracht.

Versuch V. Sonnabend, 11. September 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.

Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	64	52	7	3	2	12	36

Für diesen Versuch wurden „alte" und „neue" Figuren gemischt. Das Ergebnis hat sich im Vergleich zu Montag früh verschlechtert (Spalte a bzw. g und b). Darin gibt sich wohl eine gewisse Ermüdung infolge der Arbeit der Woche zu erkennen. Ein weiterer Beleg dafür ist das allerdings schwache Anwachsen der Formfehler (Spalte c). Auffallenderweise sind die Lokalisationsfehler weniger geworden (Spalte d), wofür ein Grund sich schwer finden läßt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anschließend:

7	Uhr	40	Min.	bis	8	Uhr	30	Min.	Englisch . . . . . Übersetzung
8	„	30	„	„	9	„	15	„	Chemie . . . . . Vortrag
9	„	25	„	„	10	„	10	„	Mathematik . . . Differentialrechnung
10	„	25	„	„	11	„	10	„	Physik . . . . . Schriftliche Arbeit
11	„	20	„	„	12	„	—	„	Religion . . . . . Vortrag

Versuch VI. Sonnabend, 11. September 1920, 11 Uhr 55 Min. vormittags.

Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	62	44	11	5	2	18	38

Auch hier wurden wieder „alte“ und „neue“ Figuren gemischt, natürlich in anderer Zusammenstellung als am Morgen. Das Ergebnis zeigt, daß der Einfluß der Ermüdung sich deutlich bemerkbar macht, sowohl was die Zahl aller gezeichneten Figuren anbelangt, als auch besonders der fehlerfrei wiedergegebenen (Spalte a bzw. g und b). Auf der anderen Seite ist die Zahl der fehlerhaft wiedergegebenen Figuren entsprechend gestiegen (Spalte c und d). Im einzelnen haben 3 Schüler eine größere Menge von Figuren richtig und 8 Schüler eine geringere Menge von Figuren richtig gezeichnet. Von 5 Schülern, die eine größere Aufgabe zu lösen hatten, haben 2 Schüler schlechter, 1 Schüler besser gezeichnet als beim Vorversuch, während 2 Schüler sich gleich blieben.

Ein Rückblick auf das Ergebnis der Woche erweist, daß sich eine Einwirkung der Ermüdung wohl erkennen läßt (Versuch V und VI und vielleicht auch Versuch II). Da der Mittwochversuch nahelegt, daß die geringeren Leistungen am Montag- und Sonnabendmittag nicht in erster Linie auf Ermüdung zurückzuführen sind, so ist auch hier unter Berücksichtigung der Fehler (am Montag weniger, am Sonnabend mehr) die Ermüdung am Mittag durch den vorausgegangenen Unterricht nicht sicher festzustellen. Dahingegen läßt das Nachlassen der Leistungen am Sonnabend, im Vergleich zum Montag und Mittwoch, wohl auf eine Ermüdung durch die Arbeit der Woche schließen (Spalte a bzw. g und b). Ferner läßt die Zunahme der nach der Form falsch gezeichneten Figuren vom Montag bis Sonnabend auf eine zunehmende Ermüdung schließen (Spalte c). Hingegen hat die Zahl der fehlerhaft lokalisierten Figuren abgenommen (Spalte d) (vgl. S. 57). — Es zeigt sich aber auch, welche Schwierigkeit es macht, die Erinnerung durch Anwendung neuer Figuren auszuschalten, deren Gleichwertigkeit bezüglich ihrer Auffaßbarkeit von vornherein nicht feststeht. Bemerkenswert ist, daß im Gegensatz zur 1. Versuchsreihe kein einziger Schüler an den Mittagen ständig ein schlechteres Resultat zeitigte als am Morgen, andererseits aber ein Schüler des mittags regelmäßig besser reproduzierte als am Morgen. Nur bei einem Schüler zeigte sich, augenscheinlich infolge Ermüdung, bis zum Versuch V ein Sinken seiner Leistung, die noch bei Versuch VI den tiefen Stand von Versuch V beibehält. Im ganzen läßt sich aber auch in dieser Klasse feststellen, daß eine Überbürdung mit Arbeit, die sich durch ein beträchtliches Sinken der Leistung bei Wochenschluß geltend machen würde, nicht vorliegt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Durchschnittlich wurden 65 Proz. Figuren überhaupt und 51 Proz. Figuren richtig gezeichnet.

Der Schüler mit der besten Merkleistung zeichnete 68 Proz., der Schüler mit der schlechtesten Leistung 38 Proz. richtiger Figuren. Letzterer hat bei allen Versuchen schlecht gezeichnet. Ein Einfluß des Alters gibt sich hier insofern zu erkennen, als der beste Schüler 19 Jahre, der schlechteste Schüler 17½ Jahre alt ist.

Nun noch ein Vergleich zwischen dem Resultat der Versuche und dem Urteil des Klassenlehrers über die Schüler.

Eine gute Merkfähigkeit zeigten 2, eine mittlere 9 und eine schwache 3 Schüler.

Der Lehrer beurteilte 4 Schüler mit gut, 6 mit mittel und 4 mit schwach.

Mit dem Urteil des Lehrers stimmte das Ergebnis der Prüfung in acht Fällen überein, viermal war das Urteil des Lehrers besser und zweimal schlechter als das Ergebnis der Versuche. Besonders interessant ist es, daß in einem Falle das Urteil des Lehrers auf „schwach" gestellt wurde, während im geraden Gegensatz dazu die Merkprüfung gut, ja sogar am besten ausfiel.

3. Versuchsreihe (Oberrealschule).

Versuch I [1]). Dienstag, 14. September 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.

11 Schüler, davon 4 Schülerinnen. Durchschnittsalter 19 Jahre, Mädchen allein 19½ Jahre.

Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	71	51	5	10	5	20	29
Mädchen allein	76	44	7	17	8	32	24

Zu diesem Versuche wurden wieder die „alten" (Rybakowschen) Figuren benutzt. Es zeigt sich hier, daß die Schülerinnen mehr Figuren auffassen als die Schüler (Spalte a), aber in der Wiedergabe viel ungenauer sind als diese (Spalte b, c und d).

Anschließend:

7 Uhr 40 Min. bis 8 Uhr 25 Min. 8 „ 30 „ „ 9 „ 15 „	Deutsch	Klassenaufsatz
9 „ 30 „ „ 10 „ 15 „	Mathematik . .	Vortrag über Ellipse
10 „ 30 „ „ 11 „ 15 „	Französisch . .	Besprechung
11 „ 30 „ „ 12 „ 10 „	Deutsch	Klassenaufsatz

Versuch II. Dienstag, 14. September 1920, 12 Uhr 5 Min. nachmittags.

Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	67	50	8	6	3	17	33
Mädchen allein	71	50	10	6	5	21	29

Es wurden wieder die „neuen" Figuren gezeigt. Das schlechtere Ergebnis (Spalte a bzw. g und b) ist wohl nur zum Teil auf die Ermüdung zurückzuführen, die durch den Klassenaufsatz eine gesteigerte sein könnte,

[1]) Da am Montag ein Klassenausflug unternommen wurde, konnte erst am Dienstag mit den Versuchen begonnen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum Teil ist die Anwendung der „neuen" Figuren dafür verantwortlich zu machen. Auffällig ist das Anwachsen der Formfehler (Spalte c), im Gegensatz zu dem Geringerwerden der Lokalisationsfehler (Spalte d). Auch hier zeigt sich wieder die große Differenz zwischen den insgesamt wiedergegebenen und den völlig richtig gezeichneten Figuren bei den Mädchen (Spalte f), wenn sie auch nicht mehr so groß ist wie vorher. Im einzelnen haben 5 Schüler, davon 3 Mädchen, mehr richtige Figuren gezeichnet und 4 Schüler, davon 1 Mädchen, weniger, doch ist bei den letzteren der Unterschied pro Kopf ein größerer.

Versuch III. Donnerstag, 16. September 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	88	72	10	4	2	16	12
Mädchen allein	85	55	16	10	4	30	15

Es wurden wieder die „alten" Figuren verwandt. Infolge der Übung und Erinnerung von Versuch I her ist das Ergebnis ein besseres als bei den vorhergehenden Versuchen (Spalte a bzw. g und b). Auffallend ist aber wieder die große Menge der fehlerhaft gezeichneten Figuren bei den Mädchen (Spalte c, d und e) im Verhältnis zur Gesamtklasse.

Es folgen vier Lehrstunden:

7 Uhr 40 Min. bis 8 Uhr 25 Min.	Mathematik . .	Schriftliche Arbeit
8 „ 30 „ „ 9 „ 15 „		
9 „ 30 „ „ 10 „ 15 „	Chemie	Vortrag
10 „ 30 „ „ 11 „ 15 „	Französisch . .	Übersetzung

Versuch IV. Donnerstag, 16. September 1920, 11 Uhr 15 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	84	66	10	6	2	18	16
Mädchen allein	89	61	18	5	5	28	11

Trotzdem die „neuen" Figuren zur Anwendung kamen, die im Gymnasium und Realgymnasium anscheinend mehr Schwierigkeiten machten, wurde wieder ein gutes Resultat erzielt (Spalte a bzw. g und b), wenn es auch ein wenig hinter dem vorigen zurückbleibt. Dies „Zurückbleiben" ist wohl durch Ermüdung im vorhergehenden Unterricht, besonders während der mathematischen Klassenarbeit, hervorgerufen worden.

Der Art der Unterrichtsfächer in der Oberrealschule, hauptsächlich der Bevorzugung der Mathematik, die zur Ausbildung des Formen- und Lokalisationsgedächtnisses besonders geeignet erscheint, ist es wohl zuzuschreiben, daß dies gute Resultat erzielt werden konnte. Allerdings hätte man das auch beim Realgymnasium erwarten sollen. Bemerkenswert ist wieder der große Unterschied zwischen den insgesamt und den richtig gezeichneten Figuren bei den Mädchen (Spalte c und e). Im einzelnen haben 3 Schüler, darunter 2 Mädchen, ein besseres und 6 Schüler, darunter 1 Mädchen, ein schlechteres Ergebnis in bezug auf die Genauigkeit der Reproduktion gezeitigt. Von 3 Schülern bzw. Schülerinnen, die eine längere

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit geprüft worden waren, hatte nur 1 Schüler eine schlechtere Merkleistung zu verzeichnen, während die zwei anderen trotzdem besser zeichneten, vielleicht infolge erhöhter Willensanstrengung.

Versuch V. Sonnabend, den 18. September 1920, 7 Uhr 40 Min. vormittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	78	52	13	8	5	26	22
Mädchen allein	76	40	19	12	5	36	24

Bei diesem Versuche kam eine Zusammenstellung „alter" und „neuer" Figuren zur Exposition. Die Verschlechterung des Ergebnisses (Spalte a bzw. b, c, d und e) hängt wohl mit der Ermüdung zusammen, die infolge der Arbeit der Woche eingetreten war, zumal auch die häusliche Arbeit, die für den Sonnabend zu leisten war, größer als gewöhnlich war. Auch hier wieder die starke Differenz zwischen insgesamt und richtig gezeichneten Figuren bei den Mädchen (Spalte a und b).

Anschließend:

7 Uhr	40 Min.	bis	8 Uhr	25 Min.	Englisch . .	Übersetzung
8 „	30 „	„	9 „	15 „	Geschichte .	Wiederholung
9 „	30 „	„	10 „	15 „	Physik . . .	Besprechung über Pfeifen
10 „	30 „	„	11 „	15 „	Englisch . .	Lektüre.
11 „	30 „	„	12 „	10 „	Religion . .	Besprechung über Kirchenverfassung

Versuch VI. Sonnabend, 18. September 1920, 12 Uhr 5 Min. nachmittags.
Resultat in Prozenten.

	a	b	c	d	e	f	g
Klassendurchschnitt . .	88	75	6	4	3	13	12
Mädchen allein	85	64	10	7	4	21	15

Es kam wieder eine geänderte Mischung „alter" und „neuer" Figuren zur Verwendung. Das Resultat war besser als je zuvor (Spalte a bzw. g, b, c, d und e), ein Beweis, daß Übung und Erinnerung eine eventuell infolge der Arbeit der Woche und der vorangegangenen Lehrstunden eingetretene Ermüdung weit überwog. Auch die Genauigkeit in der Reproduktion durch die Mädchen hat sich gehoben, wenn auch die Zahl der fehlerhaften Figuren den Durchschnittswert noch merklich übersteigt (Spalte c, d und e). Im einzelnen ist festzustellen, daß 10 Schüler (davon 3 Mädchen) besser und nur 1 Schüler (Mädchen) schlechter reproduziert haben als beim vorherigen Versuch. Bei 4 Schülern (davon 1 Mädchen) ist das Ergebnis trotz Erledigung größerer Aufgaben besser geworden, möglicherweise durch besondere Anspannung des Willens, während 1 Mädchen, das allerdings auch dreimal längere Zeit gefragt worden war, schlechter abschnitt.

Betrachtet man rückblickend das Ergebnis der sechs Versuche, so ist folgendes festzustellen: Am Dienstag mittag macht sich für die Gesamtklasse eine geringe Verschlechterung, die wohl zum Teil auf Ermüdung beruht, bemerkbar (Spalte a bzw. g und b). Für die Mädchen allein ist in bezug auf Spalte a bzw. g das gleiche zu verzeichnen, nicht aber in bezug auf Spalte b. Für Donnerstag mittag weist bezüglich der ganzen Klasse das schlechte Ergebnis, gegenüber dem Morgen, in Spalte a bzw.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

g und b auf Ermüdung, bezüglich der Mädchen allein macht sich weder in der Spalte a bzw. g noch in der Spalte b eine Ermüdung bemerkbar. Sonnabend mittag deutet das Ergebnis in Spalte a bzw. g und b für die Gesamtklasse sowohl, wie für die Mädchen allein, nicht auf Ermüdung. Was die Wochenleistung anbetrifft, so ist aus der Änderung der Resultate keine Ermüdung klar ersichtlich (Spalte a bzw. g und b). Betrachten wir die Anzahl der Fehler, so ergibt sich für Gesamtklasse und Mädchen allein am Dienstag mittag ein Anwachsen der Formfehler (Spalte c), was auf Ermüdung schließen lassen würde, am Donnerstag mittag, gegenüber dem Morgen, bezüglich der Gesamtklasse kein Unterschied, bezüglich der Mädchen eine geringe Verschlechterung (Spalte c) und am Sonnabend mittag, im Verhältnis zum Morgen, für die ganze Klasse und die Mädchen allein eine Verbesserung (Spalte c). Was die Lokalisationsfehler anbelangt (Spalte d), so haben wir für den Dienstag und Sonnabend mittag, gegenüber dem entsprechenden Morgen, bezüglich der Gesamtklasse eine Verbesserung, am Donnerstag mittag, gegenüber dem Morgen, das Gegenteil, bezüglich der Mädchen allein ist an allen drei Mittagen eine Verbesserung zu verzeichnen. In bezug auf die Woche finden wir für die Gesamtklasse und die Mädchen allein den Sonnabend gegenüber dem Dienstag verbessert, gegenüber dem Donnerstag verschlechtert. Hinsichtlich Spalte e finden wir für die Gesamtklasse am Dienstag und Sonnabend mittag eine Besserung gegenüber dem entsprechenden Morgen, dagegen am Donnerstag keinen Unterschied zwischen Morgen und Mittag, für die Mädchen allein am Dienstag und Sonnabend mittag eine Besserung, am Donnerstag mittag eine Verschlechterung. Im Verlauf der Woche zeigt sich für die Gesamtklasse der Donnerstag als der beste Tag, während der Dienstag und Sonnabend dem Donnerstag gegenüber die gleiche Verschlechterung aufweisen, für die Mädchen allein ist der Dienstag der schlechteste Tag, während der Donnerstag und Sonnabend einander gleich sind und besser dastehen als der Dienstag. — Welchen Einfluß die Anwendung „alter" oder „neuer" Figuren auf das Resultat ausübt, habe ich früher besprochen. — Aus den vorstehenden Zusammenstellungen der Ergebnisse dieser Woche resultiert, daß eine Ermüdung nicht deutlich zur Geltung kommt. Der Einfluß der Übung und Erinnerung bzw. vielleicht die mathematische Schulung des Anschauungsvermögens, Formen- und Ortsgedächtnisses überwiegen derart, daß im Verlauf der sechs Versuche eine aufsteigende Kurve zum Vorschein kommt, während man eine absteigende Kurve erwarten sollte. — Eine ähnliche Wirkung der mathematischen Schulung hätte man allerdings auch für das Realgymnasium annehmen können, weshalb aber dort diese nicht zur Geltung kam, muß dahin gestellt bleiben. — Eine Übermüdung, die auf Arbeitsüberlastung schließen lassen würde, ist also auf alle Fälle auszuschließen. Im einzelnen ist erwähnenswert, daß eine Schülerin bei den Mittagsversuchen regelmäßig ein besseres Resultat aufwies als am Morgen. Umgekehrt trat der Fall, daß das Mittagsergebnis regelmäßig schlechter war, nicht ein.

Im Durchschnitt (der Klasse und Woche) wurden 78 Proz. Figuren überhaupt und 61 Proz. Figuren völlig richtig gezeichnet.

Für die Mädchen allein sind diese Zahlen 80 und 52 Proz. Dies Ergebnis zeigt, daß die hier in Frage kommenden Schülerinnen imstande sind, ebenso

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

viele, ja noch etwas mehr, Figuren aufzufassen als die Schüler, aber nicht sie mit der gleichen Genauigkeit wiederzugeben.

Das beste Ergebnis erzielte ein Schüler mit 78 Proz. richtig gezeichneter Figuren, das schlechteste Ergebnis eine Schülerin mit 36 Proz. richtiger Figuren. Bei den Mädchen sind die entsprechenden Zahlen 59 und 36 Proz. Auch hier kam das schlechteste Ergebnis wie in den beiden anderen Versuchsreihen nicht durch besonders starke Ermüdung, sondern durch eine geringe Leistungsfähigkeit in bezug auf die hier geforderte Reproduktion zustande. Was das Alter anbetrifft, so ist bemerkenswert, daß der Schüler mit der besten Merkleistung, 17 Jahre alt, unter, und die Schülerin mit der schlechtesten Merkleistung, 22 Jahre alt, über dem Durchschnittsalter der Klassenangehörigen steht.

Von Interesse ist ein Vergleich zwischen dem Resultat der Merkprüfung und dem Urteil des Klassenlehrers. Bei dem Versuch erzielten: 8 Schüler ein gutes, 1 Schüler ein mittleres und 2 Schüler ein schwaches Ergebnis.

Das Urteil des Lehrers war in sechs Fällen gut und in fünf Fällen mittel.

In vier Fällen stimmte das Versuchsergebnis mit dem Urteil des Lehrers überein. In drei Fällen war das Urteil des Lehrers besser und in vier Fällen schlechter als der Ausfall der Versuche ergab. Besonders interessant ist es, daß eine Schülerin vom Lehrer mit „gut“ beurteilt wurde, während die Versuche ein mangelhaftes Resultat ergaben.

Von den Mädchen (allein) zeigten: 2 eine gute, 1 eine mittlere und 1 eine schwache Merkfähigkeit.

Der Klassenlehrer beurteilte drei Schülerinnen mit gut, eine Schülerin mit mittel.

In einem Falle stimmten Resultat der Versuche und Urteil des Lehrers überein, in einem Falle ist das Urteil des Lehres schlechter und in zwei Fällen ist das Urteil des Lehrers besser. Darunter befindet sich der eben erwähnte Fall des starken Gegensatzes zwischen dem Urteil des Lehrers und dem Ausfall der Versuche.

Inwieweit aber die Versuchsergebnisse eine Kontrolle des Urteils des Lehrers in den drei Schulen ermöglichen könnten, soll hier nicht untersucht werden.

Ein Rückblick auf die drei Versuchsreihen fordert zu einem Vergleich zwischen den Leistungen der gleichen Klassen in den drei verschiedenen Schulen auf. Durchschnittlich sind im Gymnasium (1. Versuchsreihe) 74 Proz. der Figuren überhaupt und 55 Proz. der Figuren richtig gezeichnet worden. Für das Realgymnasium (2. Versuchsreihe) lauten die entsprechenden Zahlen 65 und 51 Proz. und für die Oberrealschule (3. Versuchsreihe) 78 und 61 Proz.

Das beste Ergebnis hat also die Oberrealschule erzielt. Zu einem gewissen Grade mag dabei mitspielen, daß die Arbeitswoche wegen des Klassenausfluges am Montag nur 5 Tage betrug. Ob das gute Resultat etwa einer absoluten und relativen Überlegenheit dieser Anstalt, natürlich lediglich in bezug auf die geistige Kapazität und formale Bildung für mathematisches Denken und optische Merkfähigkeit, infolge des ausgedehnten mathematischen Unterrichts, der in dieser Anstalt auch noch den des Realgymnasiums überwiegt, zuzuschreiben ist, mag nahegelegt werden, muß aber unentschieden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bleiben. An zweiter Stelle steht das Gymnasium, doch ist zu berücksichtigen, daß die geringere Variation der exponierten Figuren in der ersten Versuchsreihe zu diesem Ergebnis beigetragen haben mag. Außerdem hat im Gymnasium die Elimination derjenigen Schüler aus den Berechnungen, die nicht an allen Versuchen teilgenommen hatten, die zufälligerweise zu den unbegabteren gehörten, im Gegensatz zu den beiden anderen Anstalten zu einer merkbaren Verbesserung des Resultates geführt. Dann folgt erst an dritter Stelle das Realgymnasium. Hierbei mag mitspielen, daß anscheinend die Schüler dieser Versuchsreihe nicht immer die gleiche Mühe haben walten lassen.

Nicht unerwähnt soll es bleiben, daß in der dritten Versuchsreihe (Oberrealschule) bei Versuch III und IV je ein Schüler alle 20 Figuren völlig richtig reproduziert hat.

Weitergehende Schlüsse lassen sich bei dieser einmaligen Versuchsanordnung mit verhältnismäßig wenig Versuchspersonen auf den Wert der einzelnen Anstalten in bezug auf Bildung des Formensinns natürlich nicht ziehen.

Zusammenfassend ergibt sich aus meinen Versuchen, daß der Einfluß der Ermüdung auf das optische Gedächtnis nur unklar zum Ausdruck kommt.

Bei einigen Versuchen wurden nämlich „neue“ Figuren, welche, wie angedeutet, schwerer auffaßbar erscheinen, oder eine Mischung mit „alten“ zur Anwendung gebracht. Dieses ungleiche Verfahren mag dazu beigetragen haben, daß der Einfluß der Ermüdung mehr oder weniger verwischt wurde, weil die Anforderungen an das optische Gedächtnis sich je nach Wahl der Figuren verschieden gestalteten.

Aber auch wenn man nur die gleichen („alten“) Figuren zur Anwendung brächte, würde die Ermüdung nicht klar ersichtlich sein, da dann wieder der Einfluß der Erinnerung an vorhergehende Versuche zu sehr störend zur Geltung kommen würde.

Ich fühle mich verpflichtet, Herrn Prof. Dr. Griesbach für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine freundliche Unterstützung meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Chronik der Sozialen Hygiene.

Bevölkerungsbewegung und Bevölkerungspolitik (einschl. Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge).

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

(Schluß.)

Ein neues Reichsgesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge wurde am 29. Juli erlassen (Reichs-Gesetzbl. S. 1189). Es bringt im Hinblick auf das Sinken des Geldwertes einige wesentliche Verbesserungen für die Wöchnerinnen gegenüber dem Gesetz vom 26. September 1919 (Reichs-Gesetzbl. S. 1757). Der Beitrag zu den Entbindungskosten ist für alle Wöchnerinnen von 50 auf 100 M. erhöht worden, das Wochen- und das Stillgeld ist in Höhe des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankengeldes bzw. des halben Krankengeldes, und zwar auf mindestens 4½ (statt bisher 1½) M. bzw. 1½ M. (statt bisher 75 Pf.) täglich festgesetzt worden, und zwar ersteres für 10 Wochen, davon 6 nach der Niederkunft, das Stillgeld für 12 Wochen nach der Niederkunft. Ferner sichert das Gesetz den Wöchnerinnen ärztliche Behandlung, falls solche bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wird. Die Durchführbarkeit dieser Vorschrift hängt indessen von der Regelung des Gesamtverhältnisses zwischen den Ärzten und den Krankenkassen ab. Dementsprechend ist das Inkrafttreten dieser Vorschrift der Bestimmung durch den Reichsarbeitsminister überlassen. Bis dahin wird der Wöchnerin die Beihilfe für die Zuziehung von Arzt oder Hebamme, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich ist, weitergewährt, und zwar in Höhe von 50 M. statt der bisherigen 25 M. Den Familienangehörigen der Versicherten soll die Wochenhilfe fortan auch dann zustehen, wenn die Entbindung innerhalb 9 Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt. Das Gesetz erweitert außerdem den Kreis derjenigen, welche als minderbemittelt Anspruch auf Wochenfürsorge haben. Als minderbemittelt hat künftig eine Wöchnerin zu gelten, wenn in dem Kalender- oder Steuerjahr vor der Entbindung ihr und ihres Ehemannes Gesamteinkommen oder, sofern sie alleinsteht, ihr eigenes Gesamteinkommen den Betrag von 10000 M. zuzüglich von 500 M. für jedes schon vorhandene Kind nicht überschritten hat. Bisher betrug diese Einkommensgrenze statt 10000 M. nur 4000 M.

Vom Reichsrat war ein mittelbares Arbeitsverbot für Wöchnerinnen vorgesehen worden, insofern, als der Anspruch auf Wochengeld wegfallen sollte, sobald die Wöchnerin eine Arbeit gegen Entgelt aufnahm. Der Reichstag hat dies wieder beseitigt und damit, wie Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Hoffmann in der „Volkswohlfahrt" (1. September 1921) mit Recht ausführt, die Dinge auf den Kopf gestellt, jedenfalls die sozialhygienische und bevölkerungspolitische Seite der Wöchnerinnenfürsorge verkannt. Als ein Fortschritt ist zu bezeichnen, daß die Krankenkassen ärztliche Geburtshilfe gewähren müssen und dadurch an die Stelle von Geldleistungen die auf diesem Gebiete viel wichtigeren Sachleistungen setzen.

Die Frage der Fruchtabtreibung als einer der Brennpunkte der praktischen Populationsprobleme macht wieder mehr von sich reden und rollt dabei alle Arten der Geburtenverhütung sowie das ganze Gebiet der Eugenik und der quantitativen wie der qualitativen Bevölkerungspolitik auf.

Eine große Anzahl von sozialdemokratischen Abgeordneten (u. a. der spätere Reichsjustizminister Prof. Dr. jur. Radbruch) hat dem Reichstag einen Initiativantrag (R.-T.-Drucks. Nr. 318 vom 31. Juli 1920) unterbreitet, wonach die Abtreibung dann für straflos erklärt werden soll, wenn sie von der Schwangeren selbst oder mit ihrer Einwilligung von einem Arzt in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft vorgenommen wird. Die unabhängigen Sozialdemokraten gingen in ihrem Gesetzesvorschlag sogar noch weiter; sie fordern, daß auch die Abtreibung durch einen Kurpfuscher, einer Frucht auch unmittelbar vor der Geburt und selbst gegen den Willen der Schwangeren für straffrei erklärt werden soll. Gegenüber diesen Anträgen wurde daran erinnert, daß die Reichsregierung wenige Monate vor der politischen Umwälzung nach eingehenden Beratungen mit den in Betracht kommenden Sachverständigen dem alten Reichstag den Entwurf eines Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

setzes gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung vorgelegt hat, da eine Verschärfung der damaligen und noch jetzt geltenden Gesetzgebung auf diesem Gebiete für erforderlich erachtet wurde. Beachtlich ist ferner, daß der Geschäftsausschuß des Deutschen Ärztevereinsbundes in seiner Sitzung vom 17. Dezember 1920 gefordert hat, es müsse gegen die von seiten politischer Parteien und Gruppen in letzter Zeit entfaltete Agitation für die Aufhebung bzw. Änderung der strafgesetzlichen Bestimmungen über Fruchtabtreibung mit allem Nachdruck vorgegangen werden. Demgegenüber darf aber nicht unterlassen werden, auf die neuen tiefgründigen Äußerungen des Berliner Frauenarztes Dr. Max Hirsch hinzuweisen, der das Problem nach allen Seiten — und umfassender, als es sonst von irgend einer Seite neuerdings geschah — erörtert hat, von hoher Warte, mit vollem medizinischen Rüstzeug, aber zugleich unter verständigster Würdigung der realwirtschaftlichen wie der ideal-ethischen Gesichtspunkte[1]).

Er weist insonderheit die Bedeutung der sozialen wie der eugenischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung aus den überragenden Forderungen der wirtschaftlichen und sozialen Lage wie aus der Volkspsyche nach, die durchaus nicht in ihren schlechtesten Elementen, vielmehr aus einem starken Verantwortungsgefühl heraus die Möglichkeit der Beschränkung der Kinderzahl auch außerhalb des Mittels der Empfängnisverhütung verlangt. Gerade um Schlimmeres, um Mißbräuche zu verhüten, sei ein Entgegenkommen gegenüber dieser Forderung auf legalem Wege erstrebenswert, wobei alle wünschenswerten Kautelen geschaffen werden könnten. Es gelte, der Fortwirkung der pathologischen Erbmassen, welche sich von Generation zu Generation multiplizieren, durch Unterbrechung des Erbganges entgegenzuwirken, und die politischen und wirtschaftlichen Nöte der Gegenwart verurteilten jedes quantitätszüchterische Bestreben von vornherein zur Ohnmacht. Das wird im einzelnen eindrucksvoll belegt und mit großem Takt behandelt.

Ist bis hierher ein Überblick über die mehr biologischen (medizinischen) Blickpunkte der Bevölkerungspolitik gegeben worden, so drängt sich doch gerade auf diesem Gebiete immer stärker die eigentlich sozialhygienische, sozialwirtschaftlich und kulturell bedingte Seite der Frage auf, zumal nach den schweren Erschütterungen der letzten Jahre.

Erblicken wir in einer produktiven Bevölkerungspolitik die notwendige Vorbereitung einer produktiven Wohlfahrtspflege, so kann es natürlich nicht genügen, als Ziel der Bevölkerungspolitik nur die Hebung der Bevölkerungsziffer anzusehen. Es wird vielmehr dringend notwendig, das Schwergewicht dabei auf die Hebung der Bevölkerungsqualität zu legen. Wenn unser Nahrungsspielraum infolge der Verengerung des politischen Spielraums beengt ist und auf längere Zeit hinaus beengt bleiben wird, so darf das deutsche Volk sich die Heranzüchtung minderwertiger Existenzen nicht mehr leisten; denn jede physisch oder psychisch minderwertige Person belastet die Volkswirtschaft mit unproduktiven Ausgaben, macht einen Konsumenten mehr, ohne einen Produzenten zu schaffen, und bildet deshalb

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 1921, Nr. 15, S. 357. — Archiv für Frauenkunde und Eugenetik, Bd. 5, Heft 1. (Versuch eines Programms der Geburtenpolitik.) Demnächst in Buchform zusammengefaßt bei Ferd. Enke in Stuttgart.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei der schwierigen wirtschaftlichen Rechnung, die Deutschland gegenüber der Entente hat, einen ernsten Minusposten.

Andererseits soll und darf die Vermehrung tüchtiger Glieder des deutschen Volkes in keiner Weise behindert werden. Denn jede produktive Menschenkraft darf auch heute noch in Deutschland als ein Gewinnposten gelten, weil jede tüchtige Menschenkraft uns in unserem schweren Wirtschaftskampf helfen kann. So ist es denn auch von besonderer Bedeutung, daß der preußische Wohlfahrtsminister Stegerwald auf dem Bevölkerungspolitischen Kongreß in Köln am 21. Mai 1921 einen Vortrag gehalten hat, der die Wichtigkeit einer qualitativen Bevölkerungspolitik betonte und sozialhygienisch wertvolle Gedanken enthielt. Er ging davon aus, die Forderung, daß die soziale Fürsorge bevölkerungspolitisch einzustellen sei, müsse zum Gemeingut aller Kreise werden, mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Lebenskraft und Arbeitsfähigkeit des deutschen Volkes, des einzigen, was es zu seinem Wiederaufstieg noch habe. Für die Erreichung dieses Zieles stellte er drei Gesichtspunkte heraus: einmal die Forderung, daß die Segnungen der Sozialpolitik über den bisherigen engen Kreis hinausgehen und sich auch auf den Mittelstand und die kleinen Rentner erstrecken müssen; zum anderen die Forderung, daß bei der Sozialpolitik der fürsorgende und vorbeugende Charakter vorangestellt werden müsse, beim Mutter- und Säuglingsschutz, der Tuberkulosebekämpfung und der Wohnungspflege, und zum dritten den Wunsch, daß auf die geistigen und seelischen Bedürfnisse des Volkes mehr Gewicht gelegt und der Gedanke der Gemeinschaft gepflegt werden müsse.

In der Sitzung der Preußischen Landesversammlung vom 27. November 1920 sprach Minister Stegerwald in längerer Rede über die Aufgaben und die Entwicklung seines Ministeriums für Volkswohlfahrt. Er zeichnete die gesundheitliche Lage des Volkes und ging auf die Frage, welche Mittel zur Besserung angewendet werden müssen, und namentlich auch auf die Bau- und Wohnungsfrage ein.

Auf dem erwähnten bevölkerungspolitischen Kongreß legte ebenfalls Beigeordneter Dr. Krautwig (Köln) in seiner Begrüßungsansprache den Hauptwert auf eine qualitative Bevölkerungspolitik. Der Begriff qualitativ wird dabei auf das Seelische und Sittliche ausgedehnt. Diese Bevölkerungspolitik soll zur Gesunderhaltung unserer Jugend getrieben werden. Diesem Ziel sollte die Arbeit dieses Kongresses, die sich über 40 Referate und Vorträge erstreckte, gewidmet sein.

In die Kernfrage der Bevölkerungspolitik leuchtete Prof. Dr. Scheler (Köln) mit einem ausführlichen, alle Fragen beleuchtenden Referat über „Bevölkerungsprobleme als Weltanschauungsfrage". Seine Ausführungen, welche die geistigen Strömungen in der Frage des Geburtenrückgangs eingehend behandelten, suchten der von ihm vertretenen christlichen Weltanschauung neue Wege zu weisen. Auch das Referat Schelers zeigte, daß die Qualitätstheorie in dem katholisch-christlichen Weltanschauungskreise bedeutend an Umfang gewonnen hat. Die von ihm geforderte Umorientierung der christlichen Stellungnahme zu dem Bevölkerungsproblem legte Scheler in drei Punkten fest, in der Forderung, daß die christliche Bevölkerungspolitik mehr als bisher die christliche Soziologie berücksichtige, ferner in dem Hinweis darauf, daß sich die christliche Weltanschauung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur dann durchsetzen könne, wenn sie werbend hervortritt, oder wenn ihr eine allgemeine religiöse Erhebung zu Hilfe kommt und wenn sie die Bedeutung der Ehe als Gemeinschaft und nicht nur als Fortpflanzungsinstitut mehr betont, und schließlich in der Forderung nach einer planmäßigen Erziehung der Jugend. Den dritten Eröffnungsvortrag hielt Prof. Dr. Lindemann (Köln) über „Die sozialen Einflüsse auf die Familienbildung". In Berücksichtigung der Folgen der durch den Kriegsausgang für uns entstandenen Verringerung des Nahrungsspielraumes kam er ebenfalls zu der Forderung der qualitativen Bevölkerungspolitik, also von Maßnahmen zur Erhaltung und Kräftigung des vorhandenen Bestandes an Bevölkerung, die wichtiger seien als Maßnahmen zu deren Vermehrung.

Unter dem Gesichtspunkte der Rassenhygiene verlangte Prof. Dr. v. Gruber, von den Ergebnissen der Erblichkeitsforschung ausgehend, unter anderem Verhinderung oder doch möglichste Einschränkung der Fortpflanzung der Minderwertigen, z. B. durch Eheverbote, die auf den Gründen, die heute zur Auflösung der Ehe berechtigen, fußen könnten. Asoziale Personen, wie Schwachsinnige, verbrecherische Psychopathen, Gewohnheitssäufer u. a. m. müßten zwangsweise in Anstalten untergebracht werden. Die Förderung der Fortpflanzung der Hochwertigen könnte z. B. durch Vergebung von Siedlungsland geschehen. Als wünschenswert bezeichnete er die zwangsweise Vorlegung von Gesundheitszeugnissen bei Eheschließungen. Im einzelnen beschäftigte sich der Kongreß mit den Fragen des Schutzes des keimenden Lebens, den Geschlechtskrankheiten und der Prostitution (Prof. Mittermaier, Prof. Gonser, Dr. Quarck, Dr. Bozi, Prof. Fassbender, Ministerialdirektor Gottstein, Prof. Blaschko u. a.). Die Redner lehnten sowohl vom juristischen wie vom medizinischen Standpunkte die gänzliche oder teilweise Aufhebung der sogenannten Abtreibungsparagraphen ab, waren aber für Herabsetzung der Strafmaße im Falle mildernder Umstände (vgl. oben S. 66).

In diesem Zusammenhange ist das neu eingeführte Merkblatt für Eheschließende von Bedeutung: Auf Grund des § 45, Abs. 5 des Ges. über die Beurkundung des Personenstandes und die Eheschließung vom 6. Febr. 1875 (Reichs-Gesetzbl. S. 23) in Verbindung mit Art. 1, Z. 4 des Ges. über den Personenstand vom 11. Juni 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1209) wurde nach Maßgabe des § 2 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes und die Eheschließung (in der Fassung des Gesetzes über den Personenstand vom 11. Juni 1920) vom 6. Juli 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1399) ein Merkblatt für Eheschließende bekanntgegeben, das der Standesbeamte den Verlobten vor Anordnung des Aufgebots aushändigen soll und das die generative Wichtigkeit der Gesundheit im allgemeinen und die verschiedenen Erkrankungsarten im besonderen hervorhebt. Eine ärztliche Befragung wird als durchaus notwendig angeraten, auch auf die Rechtsfolge leichtsinnigen Handelns in dieser Hinsicht wird hingewiesen. Dr. Schweisheimer aber weist mit Recht darauf hin, daß — so nützlich dieses Merkblatt auch ist — nicht der Glaube aufkommen dürfe, auf solche Weise sei etwas Ernstliches zur Erfassung Kranker vor der gesetzlichen Ehebindung getan. Er sagt (D. Allg. Z. vom 4. Oktober 1921) unter anderem sehr richtig: „Auch von vorsichtigen und mit dem Möglichen rechnenden Sozialhygienikern werden viel weitergehende

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Forderungen gestellt. So hat der Münchener Ärztliche Verein im Jahre 1916 Leitsätze aufgestellt, in denen neben Untersuchungszwang auch das Verbot der Eheschließung bei bestimmten schweren Krankheiten, die eine Schädigung des kindlichen Keimes mit sich bringen, gefordert wurde. Von Bedeutung sind die durch den Jenaer Hygieniker, Geheimrat Abel, aufgestellten Leitsätze. Sie kommen dem heute Erreichbaren wohl am nächsten. Er bezeichnet die Fernhaltung der körperlich oder geistig für die Ehe und die Zeugung gesunder Kinder Untauglichen von der Eheschließung als ein wesentliches Mittel zur Verhütung einer Rassenverschlechterung. Die Lückenhaftigkeit unserer Vererbungskenntnisse und die Schwierigkeit der Beschaffung erschöpfender Aufschlüsse über den Gesundheitszustand eines Menschen gestatten allerdings nicht, in jedem Falle beabsichtigter Eheschließung ein sicheres Urteil über ihre Unbedenklichkeit zu gewinnen. Ein gesetzlicher Zwang ist auf beide Ehebewerber auszuüben, indem ihnen auferlegt wird, bei der standesamtlichen Meldung zur Eheschließung je ein in den letzten vier Wochen ausgestelltes ärztliches Gesundheitszeugnis vorzulegen, dessen gegenseitige Kenntnisnahme sie durch Unterschrift zu bestätigen haben."

Sowohl für die quantitative wie die qualitative Bevölkerungspolitik ist der gegenwärtige Stand der Wohnungsfrage geradezu verheerend. Die Tatsache, daß für Jungverheiratete in den Städten Wohnungen so gut wie nicht zu beschaffen sind, hält die Eheschließung und die Familienbildung in verderblichstem Maße auf, und wenn dann endlich eine Unterkunft gefunden ist, so steht sie — neben anderen wirtschaftlichen Hindernissen — einer normalen Fortpflanzung immer noch im Wege. In Erkenntnis der Notlage nicht nur der beginnenden Ehen, sondern namentlich auch der mit Kindern schon gesegneten Ehen hat sich unter Führung namhafter Reichstagsabgeordneter aller Richtungen ein Bund kinderreicher Familien in Berlin gebildet, der eine Genossenschaft zur Selbsthilfe sein soll und sich des Wohnungsproblems und anderer Aufgaben annehmen will. Man verkennt dabei nicht, wie diese widrigen Verhältnisse gerade auch auf die Qualität des Nachwuchses schädlich einwirken. Die Wohnungsnot ist dabei nur eine von vielen Schädigungen: die Ernährungsnot, in deren Gefolge die Ausbreitung der Tuberkulose; die Lockerung der sittlichen Bande und des Verantwortlichkeitsgefühls, in deren Gefolge die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten; die Durcheinanderrüttelung aller Bevölkerungsklassen und die Verschiebung des Wohlstandes ohne Rücksicht auf Bildung und Tradition, in deren Gefolge Mißachtung aller Lehren der Wissenschaft, Unkenntnis und ausschweifendes Leben, Ausbreitung der Neurosen.

Der Anteil der Anomalen am Bevölkerungsganzen ist denn auch gestiegen. Schon vor dem Kriege schätzte man das ganze Anomalentum auf rund 500000 Köpfe, von denen die Krüppel 50 Proz. ausmachten. Durch den Krieg haben sich die Anomalen und unter ihnen die Krüppel bedeutend vermehrt. Direktor Martin Ulbrich führt in der Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 14, Heft 3/4 aus: „Wenn man den Umfang des gegenwärtigen Anomalentums überschlägt, so greift man nicht zu hoch, wenn man den Bestand einer vollen Million annimmt. Bemißt man das, was ein Mensch heute jährlich zu seinem Unterhalt braucht, mit nur 1500 M., so ergibt sich, daß dieses Heer von Anomalen der Allgemeinheit Jahr für Jahr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1½ Milliarden kostet, eine Summe, die von Privatpersonen, Vereinen, Gemeinden, Kreisausschüssen und Provinzialverwaltungen aufgebracht werden muß. Denkt man sich ein Kapital, das soviel Zinsen trägt, so kommt man auf 30 Milliarden. Das ist eine Summe, die wie eine Riesenhypothek auf dem Boden unseres Vaterlandes lastet und von den übrigen Menschen verzinst werden muß." Dazu kommt noch, daß die Anomalen einen erheblichen Teil der Verbrecherwelt stellen. Nun ist aber die Anomalenfürsorge durch das Überwiegen der Verkrüppelten vorwiegend Krüppelfürsorge. Die Bekämpfung des Krüppeltums ist außerordentlich vorgeschritten. Die Erfolgsstatistik hat ergeben, daß sich ein reichliches Drittel der Krüppel „entkrüppeln" läßt, d. h. man kann sie derart zurechtbringen, daß sie in den Normalen aufgehen, ein zweites Drittel kann man bedingt erwerbsfähig machen, nur ein Rest verbleibt in dauernder Anstaltsfürsorge. Die energische Durchführung der Gesetze vom 11. Juli 1891 und vom 6. Mai 1920 können die ungeheuren Anomalenlasten unseres Volkes, wie Ulbrich ausführt, stark herabmindern. „Jeder aus seinem Elend gerettete Anomale bedeutet nicht nur eine Verminderung der oben bezeichneten Riesenhypothek, sondern auch einen erfreulichen Zuwachs für die Erwerbstätigen."

Die Statistik der Geisteskranken in den Anstalten gibt kein schlüssiges Bild; die Abnahme im Zugang zu den Anstalten ist nicht etwa so zu erklären, daß die Geisteskrankheit nachgelassen hat. Mannigfache andere Gründe wirkten zu dem Ergebnis mit, wobei allerdings tatsächlich eine Abnahme des Alkoholismus während des Krieges als wirklich heilsames Moment in Betracht kommt. Aber dies ist neuerdings wieder in seiner Wirksamkeit paralysiert worden.

Zu einem scharfen Gesetze hat sich Frankreich, das ja (s. oben S. 29) noch erheblichere Sorgen um die Bevölkerungsziffer hat, entschlossen. Das Gesetz betrifft die Bekämpfung der künstlichen Fehlgeburt und der Verhütung der Schwangerschaft. Es wird danach mit Gefängnis bestraft, wer auf irgend eine Weise zum Verbrechen der Abtreibung auffordert, auch wenn diese Aufforderung ohne Erfolg bleibt. In gleicher Weise wird bestraft, wer Heilmittel, andere Stoffe, Instrumente oder sonstige Gegenstände, von denen er weiß, daß sie zur Ausführung der verbrecherischen Abtreibung bestimmt sind, verkauft oder verteilt, auch dann, wenn die Abtreibung weder ausgeführt noch versucht worden ist, und auch dann, wenn diese Heilmittel, Stoffe usw. in Wirklichkeit für den genannten Zweck untauglich sind. Die weiteren Paragraphen des Gesetzes befassen sich mit der Bestrafung derjenigen, die Verfahren zur Empfängnisverhütung beschreiben, bekanntgeben oder mitzuteilen sich erbieten. Kürzlich hat auch der Gemeinderat von Paris beschlossen, eine Prämie für Geburten auszusetzen. Eltern, die die Geburt ihres dritten Kindes anzeigen, sollen 300 Frank erhalten, für jedes weitere Kind soll die Summe erhöht werden bis zum zehnten Kinde, für das 650 Frank ausgezahlt werden sollen.

Die tieferen Probleme der Bevölkerungsbewegung werden mit solchen Maßnahmen natürlich nur sehr wenig berührt. Der Krieg hat in Deutschland, Frankreich und überall die bangen Fragen neu aufleben lassen, ob wir wirklich im Sinne von Malthus verzweiflungsvoll um den Nahrungsstand der Erdoberfläche ringen, weil die Menschheit die Tendenz habe, sich stärker zu vermehren als die Subsistenzmittel. Mehr noch als früher hat der Krieg die Gegner der malthusianischen Lehre gestärkt, weil man sah, um wie vieles verderblicher die Maßnahmen der Menschen (Krieg, Hungerblockade, Zollschranken, Valutapolitik usw.) auf die Erzeugung und Verteilung der verfügbaren Nahrungsmittel wirken, als es natürliche Entwicklung je vermöchte. Die malthusianischen Theorien hängen auch aufs

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

engste mit den Gedankengängen des Darwinismus, seiner Selektionstheorie und seiner Betonung des „Kampfes ums Dasein" zusammen, Anschauungen, die geeignet sind, einer unvernünftigen, kämpferischen Monopolisierung von Produktivgütern Vorschub zu leisten, während umfassende Organisation der Menschheit und erfinderische Friedensarbeit der Einzelnen das von Malthus befürchtete Endergebnis ins Unendliche hinauszuschieben vermöchten. Es ist daher mit Genugtuung zu begrüßen, daß Oscar Hertwigs Buch „Zur Abwehr des ethischen, des sozialen, des politischen Darwinismus" jetzt in zweiter Auflage erscheinen konnte (Jena 1921, Gustav Fischer, 14 M.), — ein Buch, das den Übertreibungen des Darwinismus mit glänzenden Argumenten zu Leibe rückt und in streng wissenschaftlicher Darlegung uns zu einer neuen kritischen Stellungnahme nicht nur gegenüber Darwin führt, sondern auch Malthus gegenüber. Im Interesse tieferer Erfassung der Probleme der Bevölkerungspolitik verdient das Buch Hertwigs weiteste Verbreitung.

Besprechungen.

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1914 bis 1918. Im Auftrage des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt bearbeitet in der Medizinalabteilung des Ministeriums. 154 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. 24 M.

Aus den während der Kriegsjahre 1914 bis 1918, wie im Vorwort mit Recht hervorgehoben wird, naturgemäß lückenhaft erstatteten Regierungs-Gesundheitsberichten ist in der Medizinalabteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt ein Generalgesundheitsbericht für den Preußischen Staat mit Verständnis und Umsicht zusammengestellt worden, welcher eine verdienstvolle Verbindung zwischen Vergangenheit und Zukunft herstellt. Den wichtigsten Teil bildet selbstredend Abschnitt I: Übertragbare Krankheiten, darunter Fleckfieber und Ruhr, welche durch Einschleppung vom Osten ins Land kamen und in großer Anzahl sich verbreiteten. Dabei fand das Fleckfieber seine in den früheren Epidemien vergeblich gesuchte Verbreitungsursache durch die Entdeckung seiner Übertragung durch die Kleiderlaus.

Wenn S. 15 des Berichtes, Z. 2 v. u., gesagt wird: „Das in Deutschland fast unbekannte Fleckfieber", so muß ich dagegen bemerken, daß der oberschlesische Hungertyphus 1847 bis 1849, beschrieben von Rudolf Virchow in seinem Archiv und einem Sonderbericht, mit 80 000 Erkrankungen und 16 000 Todesfällen, die Epidemie 1855/56 mit vermutlich 2000 Erkrankungen und die in meinem Generalbericht für den Regierungsbericht für Oppeln 1882 beschriebene Epidemie 1876/77 mit 6091 Erkrankungen und 644 Todesfällen, welcher 1878 1138 Krankheitsfälle mit 130 Todesfällen folgten, auch veröffentlicht in Eulenbergs Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, N. F., Bd. 29, S. 69 ff., doch wohl als ein deutliches Auftreten von Fleckfieberepidemien anzusehen sind.

Der Weil-Felixschen Reaktion verdankte man seit 1917 die frühe Erkennung von Fleckfieber. Ruhrerkrankungen waren in Preußen zwar jährlich nicht vereinzelt aufgetreten, vermehrten sich aber seit 1914 erheblich und stiegen besonders 1917 auf 57 503 mit 22,8 Proz. Todesfällen, offenbar infolge des Krieges besonders in den östlichen Grenz- und in den Industriebezirken, zumal in den Monaten Juli bis Semtember; es fehlten auch die schweren Kruse-Shigaschen Fälle nicht. Kurz nur erwähnt sei das entschiedene Steigen der Tuberkulose, herbeigeführt durch die in christlicher Liebe über Deutschland von der englischen Regierung verhängte Hungerblockade. Die Zahl der Erkrankungen belief sich 1917 auf 87 032 und 1918 auf 97 581 gegen ungefähr in den Jahren 1907 bis 1913 50 000 bis 60 000 Fällen. Daß die Medizinalverwaltung auf dem Gebiete der Ortsgesundheitspflege in Förderung der Trinkwasserversorgung, der Wohnungspolizei, Beschaffung von Arbeiterwohnungen, Beseitigung der Abfallstoffe usw. bei dem großen Mangel an Kreismedizinalbeamten durch Einziehung zum Kriegsdienst nicht viel schaffen konnte, ist wohl erklärlich. Das gleiche gilt für die Nahrungsmittelpolizei, für Einzelheiten sei auf den Bericht selbst verwiesen, so auf Schädigung durch schlechten Käse (S. 85), auf die Verringerung und Verschlechterung von Fleisch und Fleischzubereitungen, von Milch und Butter (S. 87, 88 und 90),

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verfälschungen von Marmelade durch Stärkesirup, Teerfarbstoffe. Erwähnt sei, daß Ameisenspiritus und Benzol statt Schnaps getrunken wurde. Die Förderung der Kinderpflege und die Säuglingsfürsorge, Belehrung der Mütter darin während des Krieges, Einrichtung von Krippen und Kinderasylen muß anerkannt werden. Die Sorge für Krüppel und Gebrechliche war bei dem Mangel an Ärzten dürftig. Dazu kam im Osten der Schluß von Apotheken und in vielen Ortschaften das Fehlen von Arzneien.

M. Pistor.

Verein Landaufenthalt für Stadtkinder, 4. Jahresbericht für 1920.

Der im Januar 1917 gegründete und eingetragene „Verein Landaufenthalt für Stadtkinder", mit dem Sitz in Berlin W 9, Potsdamerstr. 134a, ist die Reichszentrale für die Vermittlung von Landaufenthalt für Stadtkinder. Ihm sind außer Einzelpersonen die wichtigsten Zentralbehörden des Reiches und Preußens, sämtliche Provinzialstellen des Vereins in den preußischen Provinzen und seine Landeszentralen in den 18 außerpreußischen Ländern, sowie zahlreiche maßgebende Verbände und Vereine mit allgemeiner und örtlicher Zuständigkeit angeschlossen. Als Hauptvermittlungsstellen für die Unterbringung von Kindern im Auslande sind allein zugelassen solche für Holland, die Schweiz, Dänemark, Schweden und Norwegen. Für Finnland vermittelt der Verein selbst. Uns liegt der 4. Jahresbericht für 1920 vor. Aus den Grundzügen der Organisation ist hervorzuheben, daß die Kreisstellen den erforderlichen Überblick jedenfalls behalten müssen, wenn auch den freien Vereinigungen, Geistlichen, Lehrern u. a. die Einzelarbeit zu überlassen ist. Das Reichs-Jugendwohlfahrtsamt will gerade der Kreisstellen sich als Stützpunkte bedienen. 700 oberschlesische und 860 Kinder aus Berlin, Sachsen, Westfalen und Hannover wurden in verschiedenen Harzorten untergebracht, 8000 Kinder auf dem früheren Truppenübungsplatz Heuberg in Baden, wie denn überhaupt verschiedene derartige Barackenlager durch das Zentralkomitee des Deutschen Vereins vom Roten Kreuz, Abteilung „Mutter und Kind", für diese Zwecke nutzbar gemacht sind. Es wurden ausgesandt:

	1917	1918	1919	1920
In Preußen	441 101	209 897	67 177	76 981
Im übrigen Reich . .	133 461	63 769	45 041	54 018
	574 562	271 666	112 218	130 999
Nach Holland . . .	20 523	7 198	9 047	9 903
In die Schweiz . . .	10 000	3 738	15 060	16 000
Nach Dänemark . .	936	389	3 547	4 094
„ Schweden . .	—	18	1 720	4 393
„ Norwegen . .	17	—	2 483	1 200
„ Finnland . . .	—	—	183	493
„ Ungarn	1 538	511	—	—
	33 014	11 854	32 040	36 083

Es ist für alle Jugendfürsorgeorganisationen, aber auch für alle, denen das Wohl des Nachwuchses Deutschlands am Herzen liegt, von Wichtigkeit, von dieser ausgezeichneten Einrichtung Kenntnis zu nehmen und zu verbreiten.

Sieveking (Hamburg).

Kleinere Mitteilungen.

Der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege" wird seine Jahresversammlung 1922 vom 10. bis 12. September in Frankfurt a. M. abhalten. Als einziger Gegenstand steht auf der Tagesordnung: Wohnungsnot und Volksgesundheit, und zwar mit folgenden Unterabteilungen:

1. Stand der Wohnungsnot.
2. Folgen der Wohnungsnot für Gesundheit und Sittlichkeit.
3. Bekämpfung der Wohnungsnot und ihrer Folgen.

Die Namen der Berichterstatter werden später bekannt gegeben werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MAY 28 1922
Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. Dr. R. Abel
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 3
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

Druck und Verlag
Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges.
Braunschweig 1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des dritten Heftes.

Seite

Die Entwicklung des deutschen Schularztwesens in den letzten 25 Jahren. Ein kurzer Rückblick von Dr. Poelchau, Schularzt in Charlottenburg 73

Arzt und Jugendamt. Von Prof. Dr. Krautwig, Köln. (Vortrag, gehalten am 21. Mai 1921 auf dem Bevölkerungspolitischen Kongreß der Stadt Köln) 81

Chronik der Gesundheitspflege. Leibesübungen. Von Privatdozent Dr. Gerhard Wagner in Danzig 92

Besprechungen:

Siemens. Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie. (Weinberg-Stuttgart) 106

Grotjahn. Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. (Weinberg-Stuttgart) 107

E. G. Dresel. Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg. (Flaig-Berlin) . . . 107

Max Nassauer. Des Weibes Leib und Leben in Gesundheit und Krankheit. (Engelhorn-Jena) 108

Juckenack. Zur Reform der Lebensmittelgesetzgebung. (Abel) . 108

Derselbe. Die deutsche Lebensmittelgesetzgebung, ihre Entstehung, Entwicklung und künftige Aufgabe. (Abel) 108

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 3.

Die Entwicklung des deutschen Schularztwesens in den letzten 25 Jahren.

Ein kurzer Rückblick von Dr. Poelchau, Schularzt in Charlottenburg.

Im Herbst vorigen Jahres war ein Vierteljahrhundert seit der Begründung des modernen Schularztwesens in Deutschland verflossen. Der Zufall fügte es, daß ich im November vorigen Jahres meine erste Vorlesung über Schulhygiene und Schulgesundheitspflege in dem neu begründeten Seminar für praktische und soziale Medizin in Charlottenburg hielt. Ich nahm dabei Gelegenheit, auf dieses Jubiläum des deutschen Schularztwesens hinzuweisen und dabei des verdienten Begründers dieser Einrichtung, des Geh. Regierungsrats Prof. Dr. Fritz Kalle in Wiesbaden, zu gedenken. Es ist jetzt nicht die Zeit, Jubiläen zu feiern, und meine Zeilen kommen jetzt eigentlich post festum. Trotzdem erscheint es mir richtig, sie jetzt noch zu veröffentlichen, um einer Pflicht der Pietät und Dankbarkeit zu genügen. Eine neue Generation von Schulärzten ist herangewachsen, und in unserer schnell lebenden Zeit wird das, was vor 25 Jahren geschah, bald vergessen. Darum möchte ich die Gründungsgeschichte des deutschen Schularztwesens dem lebenden Geschlecht ins Gedächtnis zurückrufen und daran eine kurze Übersicht über die Entwicklung dieser Organisation in den 25 Jahren ihres Bestehens knüpfen.

Im November 1895 stellte der damalige Stadtrat Prof. Dr. Kalle bei dem Magistrat von Wiesbaden den Antrag, drei Ärzte mit der Überwachung des Gesundheitszustandes der Kinder zu beauftragen, welche die Wiesbadener Gemeindeschulen besuchten. Dieser Antrag wurde angenommen.

Diese Magistratssitzung in Wiesbaden stellt die Geburtsstunde des modernen deutschen Schularztwesens dar. Es hat wohl schon früher in Deutschland Schulärzte gegeben, diese hatten aber im wesentlichen die Aufgabe, die Hygiene der Schulgebäude zu überwachen. Kalle ist der erste, der gefordert hat, daß auch die Schulkinder ärztlich beaufsichtigt und versorgt werden sollten. Das Verdienst, zuerst „Schülerärzte", nicht nur Schulärzte der früheren Zeit, verlangt zu haben, gebührt ihm. Durch seine tatkräftige Initiative hat er die Gemeinde seiner Vaterstadt für diese Idee gewonnen und hat daher Anspruch, als der Begründer des zeitgenössischen deutschen Schularztwesens bezeichnet zu werden. Von einer Stadtgemeinde, nicht vom Staat, wurden seine Vorschläge zuerst in die Tat umgesetzt und haben für die deutsche Schuljugend reichen Segen gebracht.

Es seien mir zuerst noch einige biographische Hinweise gestattet[1]).

[1]) Vgl. Volksbildung. Vereinsblatt der Gesellschaft für Verbreitung von Volksbildung, 45. Jahrg., Heft 17. 1915.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Fritz Kalle hat nicht nur im kommunalen Leben seiner Vaterstadt Wiesbaden eine bedeutende Rolle gespielt, sondern sein anregender und befruchtender Einfluß erstreckte sich auch auf weitere Kreise Deutschlands. Sein Bestreben war vor allem darauf gerichtet, durch Belehrung und Erziehung die Volksgesundheit zu heben und durch Begründung gemeinnütziger Einrichtungen die Vorbedingungen für eine bessere Lebensführung des Volkes zu schaffen (Begründung von Haushaltungsschulen, Haushaltungsunterricht u. dgl.). Eine große Reihe von Schriften über Volksernährung und über hauswirtschaftliche Belehrung, sowie von kleineren Arbeiten, welche die Förderung der Volksbildung bezweckten, legt Zeugnis von diesem Bestreben ab. Im Verein mit Gleichgesinnten begründete er die Gesellschaft für Verbreitung von Volksbildung in Wiesbaden, der er 44 Jahre lang, zuletzt als Ehren- und Ausschußmitglied angehört hat. Als Mitglied der Gemeindeverwaltung der Stadt Wiesbaden, die ihm später das Ehrenbürgerrecht verlieh, fand er Gelegenheit, sich besonders auf allen Gebieten der praktischen, gewerblichen, hauswirtschaftlichen und sonstigen sozialpädagogisch wichtigen Erziehung lehrend und ausführend zu betätigen.

Als Vorstandsmitglied vieler gemeinnütziger und sozialpädagogischer Vereinigungen hat er Jahrzehnte hindurch auf allen in Betracht kommenden Gebieten wertvolle Arbeit geleistet. Der Doktor- und Professortitel, die ihm verliehen wurden, geben Zeugnis davon, daß seine Leistungen auch außerhalb seiner Vaterstadt Beachtung und Anerkennung fanden. Eine Reihe von Jahren gehörte er dem preußischen Abgeordnetenhause und später auch dem Reichstage als Mitglied an. Im Jahre 1915 ist er, 78½ Jahr alt, in Wiesbaden verstorben.

Die Entstehung des Schularztinstituts in Wiesbaden hat Kalle selbst nach den städtischen Akten in Nr. 6 des Jahrganges 1910 der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege geschildert. Er betont dabei, daß der Stadtarzt Sanitätsrat Dr. Friedrich Cuntz in erster Linie dazu beigetragen habe, daß dieses Institut sich in Wiesbaden so gut bewährte. Cuntz sei seine Stütze bei den vorbereitenden und den späteren organisatorischen Arbeiten gewesen und habe durch die Pflichttreue, mit der er selbst unermüdlich im Schularztamte waltete, seinen Mitarbeitern ein glänzendes Beispiel gegeben. In derselben Nummer des „Schularzt“ findet sich ein Nachruf für diesen verdienten Arzt, der im April 1910 in Wiesbaden verstorben ist. Cuntz hat das Verdienst, als erster die systematischen Reihenuntersuchungen, zunächst der Schulanfänger und später auch der höheren Klassen gefordert zu haben. Er hat den Typus des ärztlichen Arbeitens bei Schüleruntersuchungen geschaffen, der später nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern vorbildlich geworden ist.

Die beiden Männer Kalle und Cuntz verdienen daher als die Begründer des modernen deutschen Schularztwesens genannt zu werden. Die jüngere, jetzt schon recht große Generation von Schulärzten sollte diese beiden Namen in dankbarem Gedächtnis behalten.

Gestützt auf die praktischen Vorarbeiten, welche die damaligen Stadtärzte Dr. Cuntz und Dr. Schellenberg ausgeführt hatten, und nach Besprechungen mit dem Städtischen Schulinspektor und dem Kreisphysikus, die dem Plane zustimmten, reichte Kalle am 25. November 1895 dem Magistrat von Wiesbaden eine Denkschrift ein und stellte den Antrag auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anstellung von Schulärzten für die Wiesbadener Elementar- und Mittelschulen unter Berücksichtigung der in den eingereichten Gutachten ausgesprochenen Grundsätze.

Die Aufgabe der Schulärzte wird dabei folgendermaßen festgelegt:

1. Sie sollen die sanitären Verhältnisse der Lokalitäten und Einrichtungen, insbesondere die Reinhaltung, Heizung, Ventilation und Beleuchtung überwachen,
2. auf eine die Gesundheit der Schüler möglichst berücksichtigende Art der Unterrichtserteilung hinwirken,
3. den Gesundheitszustand der Schüler kontrollieren und Maßregeln zu entsprechender Behandlung der Krankbefundenen anregen.

Diese Vorschriften sind die Grundsteine zu dem jetzt schon so stattlichen Bau des deutschen Schularztwesens geworden, in welchem besonders der dritte Punkt, die eigentliche Schülerhygiene, immer weiter ausgebaut und erweitert worden ist, während die Überwachung der sanitären Verhältnisse des Schulhauses dem Schularzt schon vielfach, wenigstens in den modernen großstädtischen Schulen, durch die städtische Bauverwaltung sehr erleichtert oder ganz abgenommen wird. Die in Punkt 2 der Leitsätze geforderte Einwirkung auf die Unterrichtserteilung wird heutzutage dem einzelnen Schularzt wohl kaum möglich sein; hier können höchstens große schulärztliche Verbände und Vereine, welche der allgemeinen und der Schulhygiene dienen, einen Einfluß entfalten.

Das Preußische Kultusministerium hat nach einem Bericht des Geheimrats Schmidtmann dieses Wiesbadener Schularztsystem als zweckmäßig anerkannt und dasselbe als Muster zur Einführung an anderen Orten empfohlen.

Werfen wir nun einen Rückblick auf die weitere Entwicklung des Schularztwesens in den 25 Jahren seines Bestehens.

Die Wiesbadener Dienstanweisung sah ursprünglich nur eine systematische Untersuchung der Schulanfänger vor. Die weitere ärztliche Überwachung dieser und der älteren Schüler erfolgte durch die alle 14 Tage abzuhaltenden Sprechstunden. Als man allmählich einsah, daß diese Art der schulärztlichen Überwachung nicht genügte, führte man zuerst eine jährliche Untersuchung der Kinder ein, welche bei der Einschulungsuntersuchung nicht gesund gefunden wurden und deshalb unter Aufsicht gestellt worden waren (Überwachungsschüler und Schulinvaliden). Da hierbei jedoch manche anfangs gesunde, später aber — vielleicht nach dem Überstehen interkurenter akuter Krankheiten — kränkliche Schulkinder der Beobachtung durch den Schularzt entgingen, ging man an vielen Orten dazu über, sämtliche Schulkinder drei- bis viermal während ihrer Schulzeit systematisch zu untersuchen. Als besonders wichtig wurde die Untersuchung im dritten Schuljahre bei Beginn des Turnunterrichts und die Untersuchung vor dem Verlassen der Schule angesehen. An diese letztere schließt sich dann in neuerer Zeit oft noch eine Berufsberatung. So wertvoll diese schulärztliche Beratung der abgehenden Schüler auch auf den ersten Blick erscheint, so ist doch eine Vertiefung und ein weiterer Ausbau dieser Einrichtung durchaus erforderlich, denn einen praktischen Nutzen hat sie bisher nur in ganz vereinzelten Fällen gebracht. Hier in Charlottenburg sind wir eben dabei, mit Hilfe des städtischen Arbeits-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nachweises praktische Richtlinien für die Mitwirkung des Schularztes bei der Berufsberatung auszuarbeiten.

Wie ich in früheren Arbeiten mehrfach betont habe, halte ich eine jährliche systematische Untersuchung aller Schulkinder für durchaus erforderlich[1]). Solche alljährlichen Reihen (Kontroll-) untersuchungen sind in Charlottenburg auf meinen Antrag seit 1913 eingeführt und haben sich auf das beste bewährt. Meines Wissens sind sie außerdem nur noch in Stuttgart und in einigen kleinen Orten vorgeschrieben. Die Wiesbadener Dienstanweisung sah die Eintragung in einen Gesundheitsschein nur für die Schulkinder vor, welche bei der Einschulungsuntersuchung Krankheitssymptome aufwiesen. Das hatte manche Nachteile. Jetzt ist der Gesundheitsschein für alle Kinder, welcher sie durch alle Klassen begleitet, wohl an den meisten Orten eingebürgert, schon um die Aufzeichnungen über Größe und Gewicht aufzunehmen. Zurzeit ist ja im Reichsgesundheitsamt ein neues Formular für Gesundheitsscheine in Bearbeitung, welches einheitlich in ganz Deutschland eingeführt werden soll. Ich habe begründete Hoffnung, daß dieses im wesentlichen nach dem Muster unseres seit 15 Jahren bewährten Charlottenburger Gesundheitsscheines hergestellt wird, der nur eine praktische Modifikation des alten Wiesbadener Gesundheitsscheines darstellt[2]).

Die Untersuchungen der Schulanfänger und der älteren Kinder nehmen wohl an allen Orten die Zeit des Schularztes am meisten in Anspruch. Die Abhaltung von Sprechstunden, einerseits für die Schulkinder und Lehrer, andererseits für die Eltern, sowie die schulärztlichen Klassenbesuche werden an den verschiedenen Orten sehr verschieden gehandhabt und beurteilt und spielen gegenüber den erstgenannten Untersuchungen keine große Rolle[3]). Die Untersuchungen für besondere Zwecke und Begutachtungen haben dagegen im Laufe des letzten Jahrzehnts an Umfang beträchtlich zugenommen und nehmen in ihrer Gesamtheit die Zeit des Schularztes fast ebensosehr in Anspruch wie die regelmäßige Untersuchung der Schulrekruten und die Reihenuntersuchungen. Sie sind charakteristisch für die Entwicklung des Schulwesens einerseits und des Fürsorgewesens andererseits. Hierher gehört die Begutachtung der Kinder, welche in die B-Klassen (für Schwachbegabte), in die Hilfsschule (für Schwachsinnige), in die A-Klassen (für Hochbegabte) und in die Übergangsklassen zu den höheren Schulen übergeführt werden sollen, ferner die Begutachtung der Kinder, welche Nachhilfeunterricht oder, wenn sie nicht schulbesuchsfähig sind, Privatunterricht zu Hause erhalten. Hierher gehört ferner die ärztliche Überwachung der Schulkindergärten, welche die Kinder aufnehmen, welche wohl schulpflichtig, aber körperlich und geistig nicht schulreif sind und vom Schularzt bei der Einschulungsuntersuchung zurückgestellt worden sind. Die Einrichtung der Schulkindergärten stellt einen sehr wertvollen Fortschritt dar, weil durch sie ungeeignete Elemente von der untersten Schulklasse ferngehalten werden und diese dadurch bedeutend

[1]) Vgl. Über die Kontrolluntersuchungen der Schulkinder. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1909, Nr. 11. Ferner Poelchau, Die Aufgaben des Schularztes in Peyser, Die Mitarbeit des Arztes in der Jugendfürsorge, S. 51. Leipzig 1910.

[2]) Poelchau, Anleitung für die schulärztliche Tätigkeit, S. 6. Hamburg und Leipzig, Leopold Voss, 1908.

[3]) Vgl. Peyser-Poelchau, S. 50.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entlastet wird. Schwachsinnige Kinder können nach einem halben Jahre direkt in die Hilfsschule übergeführt werden und brauchen nicht erst längere Jahre die Bänke der Normalschule zu drücken. Die im Schulkindergarten verbrachte Zeit wird auf die Schulpflicht angerechnet, was von Wichtigkeit ist, weil sich die Eltern sonst der Überweisung ihrer Kinder in den Schulkindergarten widersetzen. Da die Waldschule auch nur eine besondere Art von Schule ist, so sei sie hier gleich erwähnt. Die Auswahl der Kinder für die Waldschule ist für den Schularzt oft eine recht schwierige Arbeit, da die Zahl der für sie in Betracht kommenden Kinder oft eine recht große, die Anzahl der freien Plätze aber häufig eine recht kleine ist.

Ferner seien hier noch kurz erwähnt, die Schulspeisung, die Fußwanderungen, der Schwimmunterricht, alles Wohlfahrts- und Fürsorgeeinrichtungen, bei deren Benutzung das Gutachten des Schularztes oft den Ausschlag geben muß. Daß die Auswahl für die Quäkerspeisung dem Schularzt im letzten Jahre sehr viel Zeit und Arbeit gekostet hat, weiß wohl jeder Fachgenosse. Die Auswahl der Kinder, welche schlecht hören, und ihre Überweisung an die Klassen für Schwerhörige gehört auch noch in das Arbeitsgebiet des Schularztes, während die Auswahl für die Sprachkurse, welche Kinder mit Sprachfehlern heilen sollen, wenigstens bei uns, den speziell hierfür ausgebildeten Lehrern überlassen ist. Auch bei der Auswahl für die Brausebäder wird an manchen Orten das Gutachten des Schularztes gefordert.

In das Gebiet der Behandlung kann man die jetzt schon an vielen Orten eingeführten orthopädischen Kurse rechnen. Man hat ja im allgemeinen den Grundsatz aufgestellt, daß der Schularzt nicht behandeln solle, nach meiner Ansicht mit Recht. Wohl aber sollten überall Einrichtungen getroffen werden, daß behandlungsbedürftige Kinder auch in ärztliche Behandlung kommen. Durch wen diese Behandlung ausgeführt wird, das steht erst in zweiter Linie, jedenfalls nicht durch den Schularzt. Viele größere Gemeinden sind nun dazu übergegangen, für die Behandlung der Schulkinder besondere Ärzte, meistens Spezialärzte, anzustellen. Oebbecke unterscheidet daher mit Recht zwischen dem Überwachungsschularzt und dem Behandlungsschularzt. Im Auslande hat man vielfach Schulpolikliniken eingeführt, mit deren Leistungen man sehr zufrieden ist. Der Grundsatz der Nichtbehandlung wurde zuerst durchbrochen durch die Begründung von Schulzahnkliniken, in welchen die Zähne der Kinder nicht nur klassenweise untersucht, sondern auch unentgeltlich behandelt wurden. In Charlottenburg ist seit einer Reihe von Jahren ein Schulaugenarzt und ein Schulohrenarzt angestellt, welche die ihnen von den Schulärzten überwiesenen Kinder spezialärztlich untersuchen und, wenn es nötig ist, auch behandeln. Die etwa erforderlichen Brillen werden bei bedürftigen Kindern auf Kosten der Stadt beschafft. Durch das neue Gesetz sind ja verkrüppelte Kinder meldepflichtig und können durch die Krüppelfürsorgestelle weiter versorgt werden. Kinder, deren Lungen verdächtig sind oder die schon Zeichen einer Lungenerkrankung aufweisen, werden durch die jetzt schon in vielen Großstädten vorhandenen Lungenfürsorgestellen genauer untersucht und erforderlichenfalls durch die Entsendung in Erholungs- oder Heilstätten einer zweckmäßigen Behandlung zugeführt. Kinder, welche an Hautkrankheiten leiden oder mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ungeziefer behaftet sind, können in Charlottenburg behufs Sicherung der Diagnose der städtischen Poliklinik für Hautleiden und zur Ungeziefer-beseitigung der Städtischen Desinfektionsanstalt überwiesen werden. Psychopathische Kinder können von uns dem von der Zentrale für Jugendfürsorge begründeten (1912) Heilerziehungsheim in Templin über-wiesen werden, einer Anstalt, die einem dringenden Bedürfnis entgegen-kommt. Epileptische Kinder finden in den entsprechenden Anstalten Aufnahme. Für die Untersuchung von Auswurf und Rachenbelag (Diphtherie) kann das städtische Untersuchungsamt herangezogen werden, welches auch die Impfröhrchen liefert, falls einmal eine ganze Klasse auf Bazillen-träger untersucht werden soll. Gerade bei der Bekämpfung der Diph-therie durch die Schule sind in den letzten Jahren recht erfreuliche Fortschritte zu verzeichnen, welche geeignet sind, diese gefährliche Krank-heit auch bei den anderen Altersstufen einzuschränken. Zur Bekämpfung der Masern sind nach meiner Ansicht auch noch durchaus festumschriebene Vorschriften nötig[1]). Mittellose Kinder, welche an akuten oder chronischen Krankheiten leiden, können, soweit sie nicht von der Familienversicherung erfaßt werden, von den Stadtärzten kostenlos behandelt werden. Es sei hierbei noch kurz bemerkt, daß ich die Ausdehnung der Familien-versicherung auf alle Schulkinder für durchaus notwendig halte.

Wir sehen also, daß diese Versorgung dort, wo die Organisation zweckmäßig getroffen ist, wohl lückenlos ist und daß eine Behandlung der Schuljugend durch den Schularzt nicht erforderlich ist. Zur Bekämpfung der Unterernährung, der Blutarmut und der chronischen Erschöpfungs-zustände können ja die Schulspeisung, die Erholungsstätten, die Waldschule, die Ferienkolonien und der Landaufenthalt herangezogen werden. Wenn im Bedarfsfalle hin und wieder mal vom Schularzt Lebertran, Malzextrakt und Ernährungsmittel verteilt werden, so ist darin doch auch keine eigentliche Behandlung zu sehen. Wünschenswert erscheint mir die Anlage von Erholungsstätten in der Nähe der Großstädte, welche die Kinder auch in der Nacht aufnehmen können (Nachterholungs-stätten, Night-Camps), da gerade der Aufenthalt in den überfüllten, schlecht gelüfteten häuslichen Schlafräumen häufig das Plus von körperlicher Kräfti-gung, das am Tage mühsam errungen ist, wieder zunichte macht. Dieser Wunsch dürfte freilich bei dem heutigen Geldmangel kaum zu erfüllen sein. Vielleicht wäre es sogar in manchen Fällen zweckmäßiger, die Tages-erholungsstätten durch solche Nachterholungsstätten zu ersetzen, die ein kräftiges Abendessen und ein ausgiebiges erstes Frühstück bieten und den Kindern eine gesunde, durch den Lärm der Großstadt und die häuslichen beschränkten Verhältnisse nicht gestörte Nachtruhe ermöglichen würden. Daß die Kinder hier rechtzeitig ins Bett kommen und am Morgen früh nicht zu gewerblichen Nebenarbeiten, Zeitungstragen usw. verwendet werden können, würde schon beträchtlich zu ihrer Erholung beitragen. Ferner wäre zu wünschen eine Vermehrung der am Meere, im Gebirge und an geeigneten Orten im Binnenlande gelegenen Erholungsheime für schwäch-liche und kränkliche, skrofulöse und nervöse Kinder, sowie eine Zunahme der Heilstätten für tuberkulöse Kinder aller Stadien.

[1]) Vgl. Poelchau, Über die Notwendigkeit der Bekämpfung der Masern durch die Schule. Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 20. Jahrg., Nr. 27/28.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Überwachung auch der höheren Schulen durch Schulärzte im letzten Jahrzehnt bedeutet einen beträchtlichen, von ärztlicher Seite schon lange gewünschten Fortschritt. Sachsen ist in dieser Beziehung mit gutem Beispiel vorangegangen (1909). Freilich ist die Fürsorge für Schüler an höheren Schulen noch nicht so gut organisiert, wie die der Gemeindeschulkinder. In dieser Beziehung müßte noch manches geschehen, zumal da jetzt die gebildete Mittelschicht sich häufig in einer schlechteren wirtschaftlichen Lage befindet als die Handarbeiter. In Charlottenburg unterstehen jetzt auch die Besucher der Fortbildungsschulen einer schulärztlichen Aufsicht. Hier ist überhaupt die Jugendfürsorge in musterhafter Weise durchgeführt, ein Verdienst des früheren Stadtrats Dr. Gottstein, so daß die Kinder durch die Säuglingsfürsorgestellen, die Kleinkinderfürsorge mit Kindergärten, die Gemeindeschul- und Fortbildungsschulärzte bis ins Jünglingsalter hinein ärztlich überwacht werden. Ein ganz bedeutsamer Fortschritt gegen die Zustände früherer Zeiten! Wünschenswert wäre auch noch eine schulärztliche Überwachung der Privatschulen, Pressen usw. Vielleicht gelingt es später noch, mit Hilfe der Sportverbände und großer Jugendvereinigungen auch das Jugendalter, das nicht mehr zum Besuch der Fortbildungsschulen verpflichtet ist, ärztlicher Aufsicht zu unterstellen.

Die schulärztliche Überwachung der ländlichen Schulen ist bisher meines Wissens nur im Herzogtum Sachsen-Meiningen durchgeführt, das in musterhafter Weise auf Veranlassung des Prof. Dr. Leubuscher für sämtliche staatlichen Schulen Schulärzte anstellte. Auch das Großherzogtum Hessen, Sachsen-Gotha und Reuß sowie Oldenburg folgten diesem Beispiel, während in Preußen nur ein Teil der Rheinprovinz und von Westfalen, sowie der Kreis Schmalkalden und Hannover in dieser Weise versorgt sind. Im übrigen Preußen kann von einer schulärztlichen Überwachung der Kleinstadt- und Dorfschulkinder kaum gesprochen werden, denn die Aufsicht des Kreisarztes, dem oft 50 bis 60 Schulen unterstellt sind, kann schon kaum die Hygiene der Schulräume, sicher aber nicht die der Schulkinder umfassen. Hier ist also noch viel zu tun und auszubauen, denn es kann keinem Zweifel unterliegen, daß auch der Gesundheitszustand der Dorfkinder eine systematische ärztliche Aufsicht erfordert.

Die große Bedeutung und Wichtigkeit der schulärztlichen Tätigkeit als Berufsarbeit wurde durch die Anstellung von hauptamtlichen Schulärzten anerkannt. Der erste hauptamtliche Schularzt in Deutschland wurde im Jahre 1904 in Mannheim angestellt. Diesem Beispiel sind dann eine Reihe von Großstädten gefolgt; die große Mehrzahl der Schulärzte ist jedoch noch im Nebenamt tätig.

Wichtiger und bedeutender als die Einführung der hauptamtlichen Schulärzte war jedoch die Anstellung von Schulschwestern[1]) (Stutt-

[1]) Poelchau, Erfolge und Verbesserungen auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege. Fürsorgestellen für die Schuljugend. Mediz. Reform 1904, Nr. 28. Derselbe, Fürsorgestellen für die Schuljugend. Daselbst 1907, Nr. 516. Derselbe, Über die Fürsorge für vernachlässigte Schulkinder durch die Schulschwester. Daselbst 1908, Nr. 12. Derselbe, Bericht über die Tätigkeit der Schulschwestern in Charlottenburg im Schuljahr 1908/09. Internat. Archiv für Schulhygiene 1911, Vol. 7, Nr. 2. Derselbe, Die Aufgabe der Schulschwester und der Schulpflegerin. Die Hygiene 1911, Heft 10.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gart 1906, Charlottenburg 1908) zur Unterstützung des Schularztes und zur intensiveren Fürsorge für die Schulkinder. Nur dort, wo Schulschwestern tätig sind, gelingt es auch, eine ausreichende Behandlung der behandlungsbedürftigen Kinder durchzusetzen. In Charlottenburg sind die Schulschwestern auf Vorschlag der Leiterin des Jugendheims, Frl. v. Gierke, im Jahre 1915 durch Schulpflegerinnen[1]) ersetzt worden, welche in einem sozialpädagogischen Seminar besonders sorgfältig für ihre Tätigkeit vorgebildet sind.

Von ärztlicher Seite ist schon lange darauf hingewiesen worden, daß für die heranwachsende Jugend ein systematischer Unterricht in der Hygiene und Gesundheitspflege durchaus erforderlich ist. Anfänge dazu sind schon vorhanden; auf diesem Gebiete müßte jedoch von der Schulbehörde noch mehr geschehen. Auch die Belehrung der Eltern durch Vorträge von Schulärzten oder anderen geeigneten Ärzten auf Elternabenden müßte noch mehr gepflegt werden, und die Verbindung zwischen dem Schularzt und den Eltern könnte an manchen Orten noch enger gestaltet werden als bisher. Während über die Notwendigkeit der Vertiefung des Unterrichts in der allgemeinen Hygiene Einigkeit herrscht, sind die Akten über die Notwendigkeit einer sexuellen Aufklärung der Schuljugend noch nicht geschlossen.

Wichtig ist ferner der weitere Ausbau der gesundheitlichen und sozialen Fürsorge für die heranwachsende Jugend und ihre enge Verbindung mit der Schularzteinrichtung.

Einer Forderung, die schon in Wiesbaden 1895 von ärztlicher Seite erhoben wurde, daß der älteste Schularzt Sitz und Stimme in der Schuldeputation erhalten solle, ist bisher nur an einzelnen Orten Rechnung getragen worden. Eine Änderung in dieser Hinsicht ist durchaus erforderlich.

Während die Schulärzte der beiden vorhergegangenen Jahrzehnte im allgemeinen Autodidakten auf diesem neuen Gebiete waren, haben jetzt die in mehreren Großstädten begründeten Seminare für soziale Medizin (Charlottenburg, Breslau, Düsseldorf) ihre theoretische und praktische Ausbildung in die Hand genommen.

Am Weiterbau der Schulgesundheitspflege und der schulärztlichen Tätigkeit haben der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege und die Vereinigung der deutschen Schulärzte eifrig mitgearbeitet, und in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege mit ihrer Beilage „Der Schularzt“ steht den deutschen Schulärzten ein Organ zur Verfügung, das ihre Fortbildung fördert und sie über Neuerungen auf ihrem Spezialgebiet auf dem Laufenden erhält.

So hat sich aus dem Samenkorn, das Kalle und Cuntz im letzten Lustrum des vorigen Jahrhunderts in Wiesbaden gelegt haben, ein stattlicher Baum entwickelt, der seine Zweige schon weit hin ausbreitet. Wünschen wir ihm auch fernerhin ein gesundes und gedeihliches Wachstum!

[1]) Vgl. auch Hösle, Die Schulpflegerin. Leipzig, Quelle & Meyer, 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arzt und Jugendamt.

Von Prof. Dr. Krautwig, Köln.

(Vortrag, gehalten am 21. Mai 1921 auf dem Bevölkerungspolitischen Kongreß der Stadt Köln.)

Die Frage, wie sich der Arzt zum Jugendamt stellen soll, will ich so behandeln, daß ich zunächst in kurzer und übersichtlicher Darstellung das gesundheitliche Elend der heutigen Jugend bespreche und im Anschluß daran an der Hand des vorliegenden Entwurfs für das Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz prüfe, welche Möglichkeiten sozialhygienischer Bekämpfung dieser Gesundheitsschäden durch die Bestimmungen des genannten Gesetzentwurfs eröffnet werden, um schließlich mich der Frage zuzuwenden — und sie scheint mir nicht die unwichtigste zu sein —, ob das Gesetz für die notwendige Arbeit die zweckmäßigste Organisationsform schafft oder zuläßt, oder mit anderen Worten, wie verhält sich das Gesundheitsamt zum Jugendamt?

Die gesundheitliche Not des deutschen Kindes ist bekannt. Wir haben sie in dem schweren Kriege und in der manchmal noch schwereren Nachkriegszeit alle miterlebt und mitempfunden. Die Tatsache allein, daß der Notschrei des deutschen Kindes auch über die deutschen Grenzen hinausgegangen ist und werktätige Nächstenliebe bei den Neutralen und selbst bei unseren früheren Gegnern in großem Umfange in Bewegung gesetzt, sagt genug. Der Krieg hat unserer Jugend das Kinderparadies geraubt, er hat sie durch die schmale Kost und durch die harten Entbehrungen langer Kriegsjahre in der wichtigsten Zeit der Entwicklung schwer und nachhaltig geschädigt. Haben wir Erwachsene wenigstens vor dem Kriege bessere Zeiten gesehen, so wird das Elend des Krieges aller Voraussicht nach so lange unser Volk bedrücken, daß Kinder und Enkel der heutigen Generation vielleicht in ihrem ganzen Leben nicht mehr so glückliche Tage wie die unserer Vorkriegszeit erleben werden.

Mit der allgemeinen Sterblichkeit hat sich die Kindersterblichkeit erheblich vermehrt. Hier steht in vorderster Reihe als Todesursache bei Kleinkindern und Schulkindern die Tuberkulose, an der nach den Mitteilungen zahlreicher Städte in den Altersklassen von 1 bis 6 und von 6 bis 15 Jahren doppelt soviel Kinder, an manchen Stellen ja sogar dreimal soviel Kinder als früher vorzeitig dahingestorben sind. Hier in Köln starben im Durchschnitt der Jahre 1910 bis 1914 im Alter von 1 bis 5 Jahren an Lungentuberkulose und Tuberkulose anderer Organe 86 Kinder; dagegen im Jahre 1918 139 Kinder. Verloren wir vor dem Kriege im Durchschnitt jährlich nur etwa 34 Kinder im Alter von 5 bis 10 Jahren an Tuberkulose, so stieg diese Ziffer im Jahre 1918 auf 87. In der Altersklasse von 10 bis 20 Jahren betrug in früherer Zeit die Tuberkulosesterbeziffer etwa 80, 1918 aber 351 Personen. Die Gesamtsterblichkeit der Kinder im Alter von 5 bis 10 Jahren betrug im Jahre 1914 114, im Jahre 1918 216; im Alter von 10 bis 20 Jahren 144 bzw. 486.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir Ärzte wissen aber, daß sich die Gefährlichkeit der Tuberkulose und ihre Bedeutung für die Volksgesundheit keineswegs allein nach der augenblicklichen Sterbeziffer berechnen läßt. Wäre es mit der Sterbeziffer allein getan, so könnte uns ja die Tatsache, daß die Tuberkulosesterbeziffer in den letzten zwei Jahren erheblich abgefallen ist, ohne allerdings bis jetzt die Friedenszahlen wieder erreicht zu haben, für die Zukunft optimistisch stimmen. Aber wir wissen, daß nicht nur vorhandene Tuberkulosen zum schnellen tödlichen Ablauf gekommen sind und darum das große Sterben an Tuberkulose verschuldet haben, sondern daß auch zahlreiche Neuinfektionen an Tuberkulose gerade in der Kinderwelt verursacht worden sind. Da die Ernährung gegen die Kriegszeit erheblich besser geworden ist, ohne aber in weiten Volksschichten bisher die zu dem Aufwuchs eines kräftigen Kindergeschlechts notwendige Höhe zu erreichen, so nehmen die Tuberkuloseinfektionen im Kindesalter immer mehr wieder den Typus des langsamen und schleichenden Verlaufs an, wie er uns allen ja bekannt ist. Aber die verderbliche Tuberkulosesaat ist in geradezu unheimlicher Menge in die empfänglichen Körper unserer Kinder hineingestreut, und sie wird, wie die wirtschaftlichen Verhältnisse heute liegen, in einem und zwei Jahrzehnten, wenn die Kinder von heute 20 und 30 Jahre alt geworden sind, in verderblichem Umfange aufgehen und dann noch lange, lange Zeit nach dem Kriege erst die ganze Größe des Kriegselends offenbaren. Wer versteht jetzt nicht die bekannten Aussprüche aus dem Munde unserer Gegner: „Es ist tragisch, als deutsches Kind geboren zu sein." „Erst nach einem Menschenalter wird sich deutlich zeigen, wer den Krieg verloren hat."

Auch ohne daß der Krieg die Sterblichkeit noch steigerte, hatten wir in Deutschland eine relativ hohe Sterblichkeit unserer Säuglinge und Kleinkinder zu beklagen. Noch im Jahre 1913 waren unter 620 455 Gesamttodesfällen in Preußen 266 666 Todesfälle, die das jugendliche Alter bis zu 20 Jahren betrafen, gleich 43 Proz. Wir alle wissen ja, daß unsere Säuglingssterblichkeit, so groß und erfreulich auch ihre Tendenz zum Rückgang ist, sich immer noch erheblich über den Zahlen anderer, in diesem Punkte für uns vorbildlicher Staaten bewegt.

Neben der Tuberkulose sehen wir als schlimme gesundheitliche Kriegsschäden unserer Jugend einmal die größere Verbreitung der englischen Krankheit, die in schwersten Formen nicht nur das Wachstum, die geraden Glieder unserer Säuglinge und Kriechlinge geschädigt hat, sondern auch verderblich gewirkt hat in der Kleinkinderwelt, ja noch bis in die Schuljugend hinein. Das Krüppelgesetz ist zur rechten Zeit gekommen, um hoffentlich noch manches, durch schwere Rachitis veranlaßte Krüppelelend in den Anfangsstadien wirksam bekämpfen zu lassen. Und dazu kommt die geschwächte Konstitution, Unterwertigkeit weitester Kreise unserer Jugend, die sich im Untergewicht, in den Untermaßen der Längenentwicklung, schließlich aber in der gesamten geringeren Kraft und geringeren Resistenz gegen Schäden und Krankheiten des Lebens äußert. Es wächst in trüber Zeit ein körperlich schwächeres Geschlecht heran. Leider wird diese körperliche Schwäche weit mehr als früher begleitet auch von Schwäche und Reizbarkeit der Nerven, die auch die geistige Gesundheit empfindlich zu schädigen geeignet sind. Neuropathische und psychopathische Kinder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen in ganz anderem Umfange als bisher der Gegenstand besonderer Fürsorge sein.

Diese weit verbreitete Unterwertigkeit der heutigen Jugend wird aus zahlreichen Städten bestätigt. Die Städte tragen aus naheliegenden Gründen schlimmer an dieser Last als das Land. Wir haben für diese trübe Beurteilung heute in großem Umfange zahlenmäßige, beweiskräftige Unterlagen, da die Quäkerspeisung in den meisten Teilen unseres Vaterlandes zu genauen Erhebungen des Gewichtes und der Länge unserer Schulkinder und zur Durchprüfung ihres gesamten Gesundheitszustandes Veranlassung gegeben. Unsere Kölner Feststellungen ergaben für die schulpflichtigen Knaben im Durchschnitt der früheren Jahre eine Länge von 111,5 cm; in den Jahren 1917 und 1918 je 110 cm; bei den schulpflichtigen Mädchen als früheren Durchschnitt 110,4 cm; 1917 und 1918 aber je 109 cm. Das Gewicht der Knaben war früher im Durchschnitt 20,1 kg; 1917 19,5 kg; 1918 19,7 kg. Bei den Mädchen im früheren Durchschnitt 19,5 kg; 1917 18,9 kg; 1918 19,0 kg. Aus anderen Städten sind erheblich größere Differenzen für die Jahre nach 1917 gemeldet worden. So stellte man im Jahre 1919 in Frankfurt a. M. bei Knaben und Mädchen der städtischen Bürgerschule ein Zurückbleiben von Länge und Gewicht durchschnittlich um mehrere Zentimeter und mehrere Kilogramm gegenüber dem Durchschnitt im Jahre 1910 fest. In manchen Städten haben 13- bis 14jährige Knaben ein Minus an Länge von 5 cm und an Gewicht von 4 kg gegen die Friedenszahl. Nicht wenige Berichte sagen, daß 14jährige Knaben den Eindruck von 10jährigen Kindern machen; manche 6jährige Kinder sehen wie 3- und 4jährige aus, und viele 3- und 4jährige können noch nicht laufen. Wichtiger aber als diese Zahlen ist die Feststellung, daß die gesamte Konstitution der Schulkinder, ihre Muskulatur, ihre Blutmenge, ihre Widerstandskraft gegen Krankheit und damit auch die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der Kinder erheblich nachgelassen hat. Wohl in allen Großstädten kann man 25 Proz. der Kinder als unterernährt bezeichnen. Die Zahl der Schulneulinge, die nicht als schulreif befunden werden, ist vielerorts von 10 Proz. als Friedensdurchschnitt auf 15 Proz., 20 Proz. und mehr gestiegen. Die Schilderung des Gesundheitszustandes einer Kölner Volksschule, die ihre Kinder aus dem sogenannten Mittelstande bezieht, ohne daß arme Quartiere in ihren Bezirk hineinfallen, ergibt außerordentlich bemerkenswerte Feststellungen. Nur 7 Proz. der Knaben und 17 Proz. der Mädchen sind in ausreichendem Ernährungszustande, 25 Proz. der Knaben und 31 Proz. der Mädchen leicht unterernährt; 68 Proz. der Knaben und 51 Proz. der Mädchen ausgesprochen unterernährt. Auffallende Blässe von Haut und Schleimhäuten wurde bei 58 Proz. der Knaben und 52 Proz. der Mädchen festgestellt. Kinder mit frischen roten Wangen waren seltene Ausnahme. In derselben Schule fand der Schularzt die Pirquetimpfung, die bekanntlich die stattgefundene Infektion mit den Erregern der Tuberkulose aufweist, bei den 6jährigen Kindern in 50 Proz. und bei den 13- bis 14jährigen Kindern in 76,5 Proz. positiv. Wenn das am grünen Holze geschieht, wieviel trüber müssen dann die Schilderungen aus den Schulen lauten, die in den Quartieren der armen und bedürftigen Bevölkerung liegen. Die eine Feststellung, daß sich die Unterwertigkeit der Kinder nicht nur bei den Kindern der Arbeiter, sondern auch sehr ausgesprochen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei den Kindern des Mittelstandes findet, und daß sie dementsprechend gerade in mittleren und höheren Schulen deutlich zu bemerken ist, wird aus vielen Städten gleichmäßig berichtet.

Aus mehreren höheren Schulen der Stadt Köln sind uns geradezu erschreckende Schilderungen des Gesundheitszustandes der Schüler und mehr noch der Schülerinnen zugegangen. Zahlreiche Kinder fehlen wegen Krankheiten. Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Ohnmachtsanfälle, geringe körperliche Leistungsfähigkeit bei Sport und Turnen, schnelle geistige Ermüdung, Kopfschmerzen und Übelkeit, nervöse Reizbarkeit bis zu Krämpfen: Diese und andere Störungen werden übereinstimmend aus allen Klassen mitgeteilt. Aus besorgtem, mitfühlendem Herzen der Ärzte und Lehrer dringt der Ruf nach Abhilfe zu uns, da der Gesundheitszustand der Schüler nie so schlecht gewesen als wie heute. Trotz aller finanzieller Bedenken hat sich deshalb auch die Stadt Köln vor wenigen Wochen entschlossen, eine wirksame schulärztliche Versorgung auch für die mittleren und höheren Schulen zu schaffen.

Wie könnte es auch besser um den Gesundheitszustand unserer Jugend bestellt sein nach den schweren Leiden eines Krieges, die gerade das wachsende und darum besonders empfindliche Individuum stärker schädigen müssen als den fertigen, ausgewachsenen Menschen. Die Ernährung unserer Kinder war ungenügend. Das gilt nicht für die Säuglinge, deren Gesundheits- und Entwicklungszustand durch besonders intensive Fürsorge und nicht zuletzt durch die Reichswochenhilfe nur wenig gelitten hat. Aber Kleinkinder und Schulkinder haben im Kriege gehungert. Die Mengen der Nahrung reichten nicht; schlimmer war, daß sie qualitativ nicht genügte. Unseren Milchjammer, der besonders die Kinder trifft, kennen wir alle. Berlin hat anstatt der 1,2 Millionen Liter der früheren Friedenszeit täglich nur 100 000 Liter, Köln gegen 250 000 Liter vor dem Kriege nunmehr 50 000 bis 60 000 Liter. Kleidung und Wäsche der Kinder war ungenügend, schützte sie zu wenig vor den Unbilden der Witterung, wurde nicht genügend gereinigt und gab zu Schmutzkrankheiten allzuviel Veranlassung. Auch unsere Feststellungen in den Hospitälern, Säuglingsheimen, Krippen und in der offenen Fürsorge ergaben immer wieder eine große, für die Gesundheit außerordentlich bedenkliche Wäsche- und Kleidernot. So berichtete unser v. Oppenheimsches Kinderhospital im Januar d. J., daß von den letzten 50 zur Aufnahme gekommenen Kindern über 40 schmutzige und zerrissene Windeln und Wäsche hatten. Einzelne Kinder hatten nicht einmal ein Hemdchen an, sondern waren in Lumpen gehüllt, die man kaum Windeln oder Umschlagetücher nennen konnte. Sehr oft nimmt die Mutter die Wäsche, die das Kind bei der Aufnahme trägt, wieder mit, weil sie dieselbe für die anderen Kinder unbedingt braucht, oder weil sie oft die Wäsche nur geliehen hat. Ich begnüge mich mit diesem kleinen Ausschnitt aus dem Kapitel der Kleider- und Wäschenot, könnte aber noch viel Material, auch aus anderen Städten, hinzufügen. Dazu kommt bei unseren Kindern mit außerordentlich schädigendem Einfluß auf die Gesundheit das ganze Wohnungs- und Versorgungselend der Kriegszeit und Nachkriegszeit. Schmutzige und dumpfe Wohnungen sind keine Stätte, in der ein Kind gesund an Körper und an Geist aufwachsen kann. Die Krippen und Kinderheime, die der Krieg erheblich vermehrte, vermögen nur zu einem Teil

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wohnungs- und Familienelend auszugleichen. Wie viele mäßige, ja schlechte Krippen hatten wir, wie viele gute Krippen haben schließen müssen, da sie der wirtschaftlichen Not der Zeit erlagen, und wie viele stehen zugleich mit Hospitälern vor dem wirtschaftlichen Abgrunde. Manche Krippen und Heime litten unter Nahrungs- und Kohlenmangel so, daß sie den Betrieb zeitweise einstellten. In Wien konnte man zeitweise nicht einmal die Hospitäler für kranke Säuglinge heizen! Die einzelnen Familien konnten für Säuglinge nicht die unerläßliche einfachste Ausstattung: Bettchen, Wäsche, Badewanne und Milchflaschen, und gar erst den Kinderwagen, der das zarte Menschenkind aus der dumpfen Wohnung in Luft, Licht und Sonne bringen soll, beschaffen, da die Kosten nicht mehr zu erschwingen waren. Und all die Schwierigkeiten und all das Elend machte schließlich manche Mütter stumpf und gleichgültig in der Sorge um das Kind. Die Geschlechtskrankheiten nahmen in der Kinderwelt zu, nicht durch verbrecherischen Mißbrauch der Kinder, sondern in der Hauptsache durch Schmutzansteckungen infolge Bettennot und Wäschemangel.

Wer wollte dem deutschen Kinde, dessen gesundheitliche Not wir eben kennen lernten, die Hilfe versagen, um die es uns anfleht? Zumal wir wissen, wie man Säuglinge und Kinder aus körperlicher Not erretten kann. Mit sozialhygienischen Hilfsmitteln wirksamster Art vermögen wir Krankheit und Tod bei unseren Kindern zu bekämpfen. Säuglings- und Mutterschutz, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge, gesundheitliche Körperpflege für die Schulentlassenen sind bekannte Kapitel dieser Fürsorge. Zum großen Teil ist diese Fürsorge, die heute ein reich bestelltes und erfolgreiches Arbeitsfeld darstellt, in freier Arbeit entstanden und groß geworden. Viele Einzelpersonen und Privatvereinigungen haben die Fürsorge mitgeschaffen und mitentwickelt. Auch die Arbeit der Behörden war meist eine freiwillige und ging weit über ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinaus. Wir alle, die wir praktisch in der Arbeit stehen, haben aber doch oft schwere Lücken in der Organisation empfunden und beklagen müssen, daß für die Erhaltung von Leben und Gesundheit unserer Jugend ungenügende Mittel verfügbar waren. Und so können auch wir Sozialhygieniker den nunmehr vorliegenden Entwurf eines Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes nur lebhaft begrüßen. Wir stellen ihm gern das Zeugnis aus, daß er eine überaus gründliche und gewissenhafte Arbeit darstellt, die auch die Erfahrungen einer erprobten sozialhygienischen Fürsorge wohl beachtet.

Nach den neueren Mitteilungen, die aus der Beratung des Gesetzes im 29. Ausschusse des Reichstages in die Öffentlichkeit dringen, scheint das Gesetz wegen der Kostenfrage ernsten Schwierigkeiten zu begegnen. Wenn man fürchtet, daß plötzlich große Neuorganisationen für etwa 1200 Jugendämter geschaffen werden müßten, so bedenkt man doch wohl nicht zur Genüge, daß in Stadt und Land bereits vielfach Wohlfahrtsämter und andere Organisationen bestehen, die in der Hauptsache die Aufgaben des Jugendamtes übernehmen könnten. Auch der Sozialhygieniker wird sich damit begnügen, ja er wird es begrüßen, daß manche Aufgaben des neuen Gesetzes nach wie vor durch Organisationen der freien Liebestätigkeit erledigt werden sollen. Das gilt allerdings am wenigsten und in letzter Linie für die gesundheitlichen Aufgaben des Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderschutzes, die angesichts des Umfanges des Elends und der zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seiner Bekämpfung notwendigen Einrichtungen in erster Linie durch die Gemeinden selbst und in ihnen durch berufene hauptamtliche Kräfte erledigt werden müssen. Die meisten Städte und viele Landkreise haben auf gesundheitlichem Gebiet bereits im wesentlichen die Maßnahmen durch ihre Organisationen bearbeitet, die das neue Gesetz auferlegt oder empfiehlt. Das Gesetz hat aber für die gesundheitliche Fürsorge die große Bedeutung, daß es einmal die notwendigen Organisationen in allen Städten und ganz besonders in allen Landgemeinden verlangt, und daß es weiter alle Fürsorgezweige der Arbeit des öffentlichen Amtes zuweist, während bisher nach dieser Richtung hin doch manche Lücken bestanden. So ist die Kleinkinderfürsorge nur an wenigen Orten ausgebaut und auch schulärztliche Versorgung fehlt noch vielerorts. Schließlich sehe ich den Hauptvorzug des Gesetzes darin, daß es in seinem 5. Abschnitt die öffentliche Unterstützung hilfsbedürftiger Minderjähriger nach Art und Umfang der Leistung erheblich besser regelt, als das heute bei freiwilliger Aufbringung von Geldmitteln und im Wege der Inanspruchnahme gesetzlicher Armenhilfe möglich ist. Die §§ 50 und 51 sind besonders von entscheidender Wichtigkeit für die Versorgung der unehelichen Kinder und der Haltekinder. Wir vermögen diese Kinder, welche das Schicksal meist schnell von der Mutter trennt und einer Pflegefamilie oder Heimen überweist, gegen viele Gefahren der Gesundheit und des Lebens durch ärztliche und hygienische Maßregeln wirksam zu schützen. Aber durchgreifende Fürsorgemaßregeln in den Familien, schnelle Unterbringung in guten Heimen scheitert oft genug an dem finanziellen Unvermögen der zunächst Verpflichteten und an der Schwierigkeit, genügende Beitragssummen für ordnungsmäßige Unterbringung gefährdeter Kinder schnell genug von den zuständigen Armenverwaltungen zu erreichen. Gerade für diese schwierigen Fälle ordnungsmäßiger Versorgung unehelicher Kinder und Haltekinder, deren kurzer Lebensweg oft ein rechter Leidensweg ist, deren Sterblichkeit bekanntlich das Doppelte und mehr der Sterblichkeit der ehelichen Kinder beträgt, wird nach dem neuen Gesetz nicht mehr die Armenverwaltung, sondern das Jugendamt zuständig sein. Das Gesetz bestimmt, daß das Jugendamt für alle Minderjährigen zuständig ist, die in seinem Bezirk ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Es fällt also weg die oft mühselige und langwierige Feststellung des Unterstützungswohnsitzes. Daraus folgt, daß nunmehr die großen Städte, welche aus bekannten Gründen viele uneheliche Mütter mit ihren Kindern in sich aufsammeln, für diese Kinder in dem oft eintretenden Bedürftigkeitsfalle ohne weiteres selbst zu sorgen haben. Als steuerzahlender städtischer Bürger und dazu noch als Mitglied einer städtischen Verwaltung könnte man begründete Einwendungen dagegen erheben, daß die größeren Städte infolge dieser neuen Bestimmungen in zahlreichen Fällen für bedürftige Kinder und besonders für uneheliche Kinder eintreten werden müssen, wo bisher das Land gesetzlich hätte helfen müssen. Das Land war aber sehr selten zu wirksamer finanzieller Unterstützung einer unehelichen Mutter und eines unehelichen Kindes bereit. Der Arzt kann deshalb die Unterstützungspflicht nach dem Aufenthaltsprinzip, die die großen Städte erheblich treffen wird, im Interesse des schnellen und wirksamen Schutzes des Kindes und besonders des Säuglings nur begrüßen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es kommt hinzu, daß der § 50 auch den Umfang der notwendigen Hilfe gegenüber der heutigen Pflicht der Gemeinden, nur das Notwendige zu leisten, wesentlich erweitert und verbessert. Es heißt in seinem zweiten Abschnitt: Bei Beurteilung der Notwendigkeit der Leistungen ist das Bedürfnis nach dauernder und gründlicher Abhilfe gegen Störungen der körperlichen, geistigen und sittlichen Entwicklung der Minderjährigen zu berücksichtigen. Man würde also zur ordnungsmäßigen Versorgung eines Säuglings außerhalb der eigenen Familie nunmehr in der Lage sein, eine gute Pflegefamilie auszuwählen, auch wenn sie ein höheres Pflegegeld verlangt als andere Pflegemütter, die ihren Beruf weniger gewissenhaft nehmen. Und wenn der Säugling heimbedürftig und krankenhausbedürftig ist, so wird man wiederum gute Heime und gute Säuglingskrankenhäuser wählen können, selbst wenn sie unter den heutigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten einen relativ hohen Pflegesatz fordern.

Zu den §§ 20 bis 31, die den Schutz der Pflegekinder betreffen, kann der Arzt nur den Änderungen zustimmen, die der Vorstand des Deutschen Städtetages unter dem 11. April d. J. bei dem 29. Ausschuß des Reichstages beantragt hat. Nach diesen Vorschlägen sollen im § 21 auch Verwandte oder Verschwägerte dritten Grades, die ein eheliches Kind verpflegen, der Erlaubnis zur Annahme durch das Jugendamt bedürfen. Der Entwurf hält diese Erlaubnis bei Verwandten bis zum dritten Grade einschließlich nicht für notwendig.

Zu § 25 wünscht der Städtetag, daß uneheliche Kinder, die sich bei der Mutter befinden, nur unter bestimmten Umständen von der Beaufsichtigung befreit werden können, während die gesetzliche Vorschrift die Nichtbeaufsichtigung solcher Pflegekinder durch das Jugendamt als die Regel hinstellt. Wenn weiter in § 27 der Städtetag wünscht, daß bei Gefahr im Verzuge das Jugendamt nicht nur das Pflegekind, sondern alle Kinder aus ihrem derzeitigen Aufenthalt entfernen und vorläufig anderweitig unterbringen kann, so wird der Arzt auch dieser Änderung gern zustimmen; desgleichen dem Vorschlage, daß in § 31 nicht mehr wie bisher für Unterbringung von Kindern in ländlichen Bezirken Ausnahmen in den Schutzbestimmungen zugelassen werden. Auch den Vorschlag billigen wir, daß der Abs. 3 des § 20 gestrichen werde, der die obersten Landesbehörden ermächtigt, die Altersgrenze für die Pflegekinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr herabzusetzen. Wir Ärzte sind mit dem Städtetag der Meinung, daß jugendfürsorgerische Gründe den Schutz der Pflegekinder bis zum 14. Lebensjahr notwendig machen.

Sehe ich von diesen kleinen Ausstellungen ab, so kann der Sozialhygieniker im allgemeinen mit den gesetzlichen Bestimmungen und auch mit der eingehenden Begründung, welche zu diesen Bestimmungen gegeben ist, im Interesse des Gesundheitsschutzes unserer Jugend nur einverstanden sein. Allerdings, und damit komme ich zu dem letzten Punkte meiner Ausführungen, haben die Ärzte und die Sozialhygieniker erhebliche Bemerkungen zu machen zu der Frage der zweckmäßigen Organisation der gesundheitsfürsorgerischen Arbeit und zu der Lösung, die durch den Gesetzentwurf hierfür durch den Einbau des gesundheitlichen Jugendschutzes in das Jugendamt vorgeschlagen wird. Der gesundheitliche Schutz unserer Jugend läßt sich nicht trennen von der Gesundheitsfürsorge für die Er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wachsenen, die sowohl nach dem tatsächlichen Bedürfnis, wie auch nach der Entwicklung, die inzwischen erfolgt ist, sich in der Hauptsache abspielt als Familienfürsorge.

Wir Ärzte wünschen seit langem, daß der gesundheitliche Schutz der ganzen Familie, der Erwachsenen und der Kinder Gesundheitsämtern in Stadt und Land übertragen werden soll. Vielerorts sind sie bereits eingerichtet; besonders durchgebildet ist ihre Organisation u. a. in Berlin, Frankfurt a. M., Köln. Viele andere Städte und besonders viele Landkreise hinken aber in der Organisation der Gesundheitsämter, deren wichtigster Arbeitszweig die gesundheitliche Fürsorge darstellt, gewaltig hinter den Bedürfnissen der heutigen Zeit her. Nun erscheint das Jugendamt, und man kann bestimmt annehmen, daß damit die Schwierigkeiten, die man in der Reichs- und Staatsinstanz einer ordnungsmäßigen Ausbildung selbständiger Gesundheitsämter in den Zentralinstanzen und in Stadt und Kreis entgegenstellt, nur noch vermehrt werden. Man wird sich nunmehr darauf berufen, daß wichtige gesundheitliche Arbeitszweige, wie Säuglings- und Kinderfürsorge, bereits sehr gut bei dem Jugendamt aufgehoben seien. Die Kreise der Jugendbildner und Jugenderzieher sind nach dem Kriege sehr rührig gewesen und haben trotz aller Widerstände und trotz aller finanziellen Schwierigkeiten das große Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz soweit gefördert, daß mit seiner demnächstigen Verabschiedung doch wohl gerechnet werden kann. Auch wir Ärzte erkennen die hoch bedeutsamen Aufgaben der Jugendpflege und Jugendfürsorge ohne Einschränkung gerade in der heutigen Zeit an. Wir erkennen auch an, daß die gesundheitsfürsorgerische Arbeit an der Jugend in einen lebendigen Zusammenhang mit jugenderzieherischer und jugendschützender Arbeit gebracht werden muß. Wir würden aber lebhaften Einspruch erheben müssen, wenn nunmehr das Gesetz die gesundheitliche Arbeit an der Jugend in das Jugendamt so einordnen wollte, daß dadurch der Zusammenhang mit der sozialhygienischen Arbeit an den Erwachsenen, an der gesamten Familie gestört oder gar zerrissen würde. Was dann auf der einen Seite in der Zusammenfassung der Arbeit unter dem großen leitenden Gesichtspunkt der Fürsorge für die Jugend an Vorteil gewonnen würde, das würde auf der anderen Seite durch die Zerreißung der gesundheitlichen Arbeit verloren. Bei einer Einschachtelung des Gesundheitsamtes in das Jugendamt besteht die Gefahr, daß das Gesundheitsamt von dem Jugendamt, dem seine Aufgaben übertragen werden, aufgesogen wird und zu einem eigenen Leben nicht gelangt. Das ist wortwörtlich aus der Begründung des Gesetzentwurfs zum § 11 entnommen, nur daß dort mit dieser trefflichen Begründung Stellung genommen wird gegen ein Überwuchern des Wohlfahrtsamtes über das Jugendamt. Was aber dem Jugendamt gegenüber dem Wohlfahrtsamt recht ist, das ist dem Gesundheitsamt gegenüber dem Jugendamt billig. Daß der Entwurf des Gesetzes berechtigte Interessen des Gesundheitsamtes nicht berücksichtigt hat, ist um so auffälliger, als man in § 4 unter Nr. 5 sich bei der Jugend selbst ausdrücklich beschränkt auf die Wohlfahrt der im schulpflichtigen Alter stehenden Jugend außerhalb des Unterrichts. Hier scheut man sich, in die Kompetenzen der Landesregierungen, der besonderen Unterrichtsministerien und in den Arbeitskreis der Schulen einzugreifen und läßt wichtige Stücke der Fürsorge, die sich auf die Schule, die Schuleinrichtungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und den Schulbetrieb selbst beziehen, ohne Rücksicht auf das große Prinzip des Gesetzes aus den Aufgaben desselben heraus. Wer will aber bestreiten, daß die Erziehungstätigkeit der Schule, daß die Hygiene des Schulhauses, die Hygiene des Unterrichts, schließlich auch die hygienische Überwachung der Schüler in der Schule selbst unerläßliche Kapitel der Jugendwohlfahrtspflege sind? Hier ist man also inkonsequent im engeren Bereich der Schulwohlfahrt, die doch in erster Linie zur Zuständigkeit des Jugendamtes gehören müßte. Um so konsequenter aber werden im übrigen eine Reihe von Arbeitsgebieten dem Jugendamt zugewiesen, die fast ausschließlich oder doch überwiegend gesundheitlicher Art sind und darum dem Gesundheitsamt zugehören.

Auf dem Lande wird zumeist wegen der beschränkten Geldmittel Wohlfahrtsamt, Gesundheitsamt und Jugendamt die gleiche Verwaltungsstelle mit den gleichen ausführenden Organen (Familienfürsorgerinnen) sein müssen.

In Großstädten wird das Jugendamt, das alle Aufgaben des Gesetzes durchführen will, ein organisatorisch schwer beweglicher Koloß sein, es sei denn, daß man dort nur auf dem Papier ein solches Amt, das theoretisch den Anforderungen des Gesetzes entspricht, konstruieren wird. Ein selbständiges Gesundheitsamt, dem man den Säuglings- und Mutterschutz, den gesundheitlichen Teil des Kleinkinder- und Schulkinderschutzes überweisen soll, wird die Organisation nicht komplizieren, sondern erleichtern. Im Ernst wird man ja nicht bestreiten können, daß Säuglings- und Mutterschutz in allererster Linie den Schutz von Leben und Gesundheit des Säuglings bedeuten und ihn glücklicherweise auch dadurch erreicht haben, daß innerhalb der Säuglingsfürsorge die sozialhygienische Fürsorge, die durch Ärzte und ärztlich ausgebildete Fürsorgerinnen geleitet wird, den Hauptteil der Arbeit leistet. Auch das Gesetz läßt in der umfänglichen Begründung zum § 4, der die dem Jugendamt gestellten Aufgaben umfaßt, bei der Aufzählung der einzelnen empfehlenswerten Fürsorgemaßnahmen Zeile für Zeile erkennen, daß bei der Fürsorge für die werdende Mutter und mehr noch bei dem Säuglings- und Kleinkinderschutz ärztliche Tätigkeit und ärztliche Einrichtungen im Vordergrunde stehen, wenn es auch vermeidet, auch nur den Namen des Gesundheitsamtes auszusprechen. Auch der Arzt schätzt die Bedeutung des besseren Rechtsschutzes hoch ein, den das Gesetz in den vielen Paragraphen über den Schutz der Pflegekinder und die Stellung des Jugendamtes im Vormundschaftswesen, bei der Anstalts- und Vereinsvormundschaft besonders den unehelichen Kindern zugedenkt. Aber die Praktiker des Kinderschutzes wissen genau, daß die kritischen Fragen des Säuglings und des Kleinkindes in den ersten Lebensjahren nicht in das Gebiet des Rechtsschutzes, sondern des Gesundheitsschutzes der Kinder fallen. Auch die beste, nach den neuen Vorschriften des Gesetzes eingerichtete Vormundschaft vermag selbst nur sehr wenig zur Erhaltung von Gesundheit und Leben der Säuglinge zu leisten.

Noch mehr aber läßt eine wirksame Bekämpfung der Tuberkulose die Forderung berechtigt erscheinen, daß der Gesundheitsschutz der Jugend mit dem Gesundheitsschutz der Erwachsenen unteilbar zusammen in das Gesundheitsamt hineingehört. Würde das Jugendamt zunächst bei den Kindern die Tuberkulose feststellen, so würde eine gründliche gesundheit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liche Fürsorge sofort auch zu der Untersuchung der Erwachsenen und zur Fürsorge für die gesamte Familie hinführen müssen. Sehr häufig aber findet man zunächst den Erwachsenen krank, und erst von hier aus leiten dann die weiteren Schritte der Fürsorge auch zu den Kindern hin. Tuberkulosefürsorge kann nicht nur Jugendfürsorge sein, sie muß Familienfürsorge sein. Es wäre auch eine unsinnige und bedeutende Verschwendung an Kosten und Organisation, wollte man zwei Tuberkulosefürsorgestellen schaffen, eine für die Jugend beim Jugendamt, eine für die übrigen Personen beim Gesundheitsamt. Und noch eins kommt hinzu. Wenn man die wichtige Arbeit des Gesundheitsamtes nicht als eine Unterabteilung in das Jugendamt einschachtelt, sondern das Gesundheitsamt selbständig neben das Jugendamt stellt, und seinen Leiter gleich selbständig hinstellt wie den Leiter des Jugendamts, so wird dadurch der Gesundheitsschutz nur gewinnen. Er wird freier und wirksamer in der Hand des selbständigen und für seine Gesamttätigkeit direkt verantwortlichen Arztes.

Nun scheint es allerdings mit der gesetzlichen Einführung von Gesundheitsämtern noch seine guten Wege zu haben. Zwar hat sich der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege wiederholt, so auch in seinen Tagungen 1919 in Weimar und 1920 in Cassel für die Schaffung eines Reichs-Gesundheitsministeriums und die Schaffung gemeindlicher Gesundheitsämter ausgesprochen, desgleichen in entsprechenden Eingaben die Vereinigung der Kommunalärzte in leitender Stellung, der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege, desgleichen auch besonders eindrucksvoll der Deutsche Ärztevereinsbund 1919 in Eisenach. Aber diese und viele andere Resolutionen finden in den gesetzgeberischen Körperschaften und in den Reichs- und Staatsministerien auch in der neuen Zeit keinen Anklang. Leider muß man deshalb die Aussichten einer vernünftigen Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens für die nächste Zeit recht trübe beurteilen. Wenig verheißungsvoll klingt die Antwort des Reichsministers des Innern auf einen Antrag betr. die Errichtung eines Reichs-Gesundheitsministeriums in der Sitzung des Reichstages vom 14. März 1921. Der Reichsminister behauptet einmal, daß die gesetzgeberische Arbeit, die die relativ kleine Gesundheitsabteilung innerhalb des Reichsamts des Innern zusammen mit dem Reichsgesundheitsamt leistet, völlig auf der Höhe stände, und daß ein Reichs-Gesundheitsministerium sich in seinen Aufgaben und in der Gesetzgebung heute mehrfach mit den Aufgaben anderer Ministerien überschneiden würde. Als ob dieses Überschneiden von Aufgaben nicht auch bei der Tätigkeit der anderen Ministerien hervorträte, als ob es nicht durch geschickte Verwaltungsmaßnahmen auf ein Minimum zurückzuführen wäre. Mehrere neue Reichsministerien sind in dem Kriege und nach dem Kriege gegründet worden. Wer die politische Entwicklung der letzten Zeit und besonders die eben erfolgte Neubildung des zeitigen Reichsministeriums verfolgt hat, dem muß es so scheinen, als ob das eine und vielleicht auch noch das andere Ministerium weniger sachlich, als parteipolitisch nötig sei. Dafür hat man Geld; dafür findet man die Organisation. In anderen Staaten hat man ohne Schwierigkeiten Gesundheitsministerien eingerichtet. Deutsche Großstädte verfügen über Gesundheitsämter mit großem Aufgabenkreis; hier hat sich die technische Frage der praktischen Arbeitsabgrenzung durchaus lösen lassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorläufig setzen sich nur die Unabhängigen energisch für das Reichs-Gesundheitsministerium und den weiteren Ausbau von Gesundheitsämtern ein. Ihre Hilfe allein wird nicht genügen, und wenn noch ein weiterer Redner des Reichstages (Dr. Schreiber, Zentrum) zu dem Antrage meinte: Aber eins ist gewiß: „Weil wir ein großer Kulturstaat sind, können wir wenigstens in der weiten Ferne einmal das große Ziel aufleuchten lassen, auch damit unter die großen Kulturnationen zu treten, daß wir in einer späteren Zeit auch einmal die Gründung eines Reichs-Gesundheitsministeriums ernster ins Auge fassen", so ist mit diesen freundlichen Worten und mit dem Aufleuchten unseres Zieles in weiter Ferne herzlich wenig für die gesundheitliche Not der heutigen Tage geschehen.

So bleibt zurzeit nichts anderes übrig, als sich bei dem Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz damit zu trösten, daß der § 11 des Gesetzes den einzelnen Städten und Gemeinden für die Frage der zweckmäßigsten Organisation eine relative Freiheit läßt. Es heißt dort: Sofern für einen Bezirk ein Wohlfahrtsamt oder eine andere der Wohlfahrtspflege dienende geeignete Einrichtung der staatlichen oder der Selbstverwaltung steht, können ihr durch die obersten Landesbehörden oder eine Satzung des zuständigen Selbstverwaltungskörpers die Aufgaben des Jugendamts übertragen werden unter der Voraussetzung, daß die Einrichtung den Vorschriften des § 10 entspricht.

Nach dem § 12 kann das Jugendamt auch die Erledigung von Gruppen von Geschäften besonderen Ausschüssen übertragen. Damit ergibt sich bei einer verständigen Verwaltung und bei einem verständigen Verhalten der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, nach wie vor alle gesundheitlichen Geschäfte bei Jugendlichen und Erwachsenen einem bestehenden oder zu schaffenden Gesundheitsamte zu übertragen, wenn nur der genügende, auch von uns Ärzten gewünschte Zusammenhang mit dem Jugendamt bei der Erledigung der gesundheitlichen Jugendfürsorge gewahrt bleibt. Wir Ärzte haben allerdings den Wunsch, daß entweder dieses Gesetz, in dem § 11 ausdrücklich bestimmt, daß der gesundheitliche Schutz der Jugend, da, wo ein Gesundheitsamt eingerichtet ist, diesem zu übertragen ist, oder aber, daß ein besonderes Reichsgesetz, am besten das seit Jahr und Tag versprochene Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose, ausdrücklich die Einrichtung von Gesundheitsämtern in Stadt und Land vorschreiben möchte. Auch der lang ersehnte und längst angekündigte Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten soll ja für die Meldepflicht und Überwachung der Geschlechtskranken das Gesundheitsamt vorsehen.

Ärzte und besonders Sozialhygieniker werden nicht müde werden in der Verfolgung dieses Zieles. Wenn sich der ärztliche Stand, dessen Bedeutung für das Allgemeinwohl man nicht bestreiten kann, in Zukunft mehr politisiert, wenn immer mehr Ärzte in die Verwaltung der Städte und auch des Staates und des Reiches eindringen, wenn auch mehr Ärzte als heute in den gesetzgebenden Körperschaften vertreten sein werden, dann wird doch wohl allmählich die Einsicht von der Notwendigkeit schlagfertiger gesundheitlicher Organisation auch in den Reichs- und Staatsinstanzen durchdringen. Unser Streben bedeutet keine Machtforderung, keine egoistischen Berufsvorteile, sondern nur den Wunsch, die große Gesundheitsnot der heutigen Zeit mit den besten Organisationen und damit auch mit den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besten Waffen bekämpfen zu können. Gleichviel aber wie diese Dinge laufen: Wir Ärzte kennen die gesundheitliche Not der heutigen Zeit, wir sehen und empfinden Tag für Tag die schwere Gesundheitsnot unserer Jugend, und darum werden wir auch unermüdlich mitarbeiten an allen den gesundheitlichen Fürsorgemaßnahmen, zu denen das Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetz die Bahn freigibt.

Chronik der Gesundheitspflege.

Leibesübungen.

Von Privatdozent Dr. Gerhard Wagner in Danzig.

„Der Sport ist der Arzt am Krankenbette des deutschen Volkes." Dieses Wort des Oberbürgermeisters der Stadt Köln, Adenauer, kennzeichnet die grundlegende Wandlung, die in der öffentlichen Meinung sich in der Beurteilung der Leibesübungen durchzusetzen beginnt. War man früher geneigt, die Stellungnahme zu den Leibesübungen als Privatsache anzusehen, glaubte man, durch das Schulturnen für die Jugendlichen und durch die allgemeine Wehrpflicht für die mannbare Jugend alles Nötige getan zu haben, so bricht sich jetzt die Erkenntnis Bahn, daß die öffentliche Gesundheitspflege ein dringendes Interesse an dem Ausbau der Leibesübungen und an ihrer allgemeinen Verbreitung, so besonders in körperlich schlechtgestellten Volksschichten, wie z. B. bei der schulentlassenen Jugend, hat. Ich habe in dieser Zeitschrift (1920, S. 325 ff.) darzutun versucht, daß der Sport und überhaupt die Leibesübungen — biologisch betrachtet — eine Abwehrreaktion des durch Industrialisierung, Domestikation, Mechanisierung der Arbeit in seinen natürlichen Lebensbedingungen bedrohten Volkskörpers bedeutet. Die inzwischen zur Tat gewordene Einschränkung unserer Grenzen im Osten, Norden, Westen und, wenn den österreichischen Stammesbrüdern hier ein Platz in der deutschen Volksgemeinschaft eingeräumt werden darf, auch im Süden, der starke Strom der Rückwanderer aus den abgetrennten Gebieten und die damit verschärfte Zwangslage, durch industrielle Arbeit Werte zu schaffen und unsere Lebensnotwendigkeiten aus dem Auslande zu beschaffen, lassen eine solche natürliche Abwehrreaktion heutzutage doppelt wertvoll erscheinen. Man kann es wohl als einen Beweis für die trotz der durch Kriegsverluste und Hungerblockade im „Phänotypus" verursachten Schäden ungeschwächt erhaltenen gesunden „Erbanlagen" unseres Volkes — wenn man die Begriffe vom Individuum auf eine Volksgemeinschaft übertragen darf — ansehen, daß niemals vorher der Zudrang aus allen Volksschichten zu den Leibesübungen so stark war, wie jetzt. Die Zahl der in den Leibesübungen treibenden Verbänden organisierten Turner und Sportler beträgt heute annähernd 4 Millionen: die „Deutsche Turnerschaft" gibt allein 1½ Millionen, der „Deutsche Fußballbund" 1¼ Millionen Mitglieder an; die auf dem Boden der sozialistischen Weltanschauung stehenden Angehörigen des Arbeiter-Turn- und -Sportkartells betragen etwa 800 000, die auf der Basis der katholischen Kirche errichtete „Deutsche Jugendkraft"

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zählt trotz ihres erst etwa zweijährigen Bestehens bereits 100 000 Anhänger. Das Erbübel der Deutschen, die Stoßkraft großer Gemeinschaftsgedanken durch Hineinziehen politischer, konfessioneller und ideologischer Momente zu zersplittern, zeigt sich auch auf dem Gebiete der Leibesübungen. Indessen ist anzuerkennen, daß trotz aller Gegensätze im „Deutschen Reichsausschuß für Leibesübungen", einer privaten Gemeinschaft von bewährten Fachmännern und Vertretern der verschiedenen Turn- und Sportverbände, ein allen Richtungen gemeinsames Organ geschaffen ist, das dadurch, daß der Staatssekretär Lewald an seiner Spitze steht, auch imstande ist, mit der Reichsregierung Fühlung zu halten. Zur fachmännischen Beratung derselben hat sich aus dem Reichsausschuß der an Kopfzahl geringere „Reichsbeirat für Leibesübungen" als amtliche Instanz herauskristallisiert. Die Reichsregierung ihrerseits hat ihr Interesse für die körperliche Erziehung in der Bestellung eines Fachreferenten beim Ministerium des Innern bewiesen. Daß die Wahl auf einen Mediziner, den als Sportarzt schon seit langem tätigen Dr. med. A. Mallwitz, gefallen ist, ist ein Zeichen, daß gerade gesundheitliche Erwägungen bei der Wahl von Einfluß gewesen sind. In zahlreichen Städten bestehende Ortsausschüsse für Leibesübungen sorgen als Ableger von dem gemeinschaftlichen Stamm, dem Reichsausschuß, dafür, daß die dort vertretenen Ideen in allen Teilen des Reiches Wurzel schlagen. Daß einzelne Bundesstaaten (so z. B. Bayern) auch ihrerseits Landesausschüsse ins Leben gerufen haben, verdient ebenso hervorgehoben zu werden, wie, daß Sachsen und Baden bereits über hauptamtliche Dezernenten für Leibeserziehung in ihren Ministerien verfügen. Unser größter Bundesstaat, Preußen, entbehrt allerdings eines solchen und wird auch in Zukunft, wie in einem Bescheid des Staatsministeriums vom 22. November 1921 auf einen diesbezüglichen Antrag gesagt wird, in Anbetracht seiner ernsten Finanzlage eine solche den Staatshaushalt belastende Aufgabe nicht übernehmen können.

Um so bedauerlicher ist es, daß bei der kürzlich erfolgten Begründung des preußischen, aus 117 berufenen Mitgliedern bestehenden Landesgesundheitsrates den Leibesübungen wenig Beachtung geschenkt wurde. Denn weder ist unter den zehn Unterausschüssen einer speziell mit der Frage der Leibesübungen beauftragt, noch findet sich unter den zahlreichen Mitgliedern, außer dem ärztlichen Berater der preußischen Landesturnanstalt, Medizinalrat Müller, ein weiterer mit Theorie und Praxis der Leibesübungen vertrauter Sachverständiger. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, als ob in den anderen Bundesstaaten in dieser Hinsicht mehr Interesse vorhanden wäre — sowohl für praktische Förderung: hat doch z. B. Bayern jetzt 1 Million in seinem Haushalt für die Zwecke der körperlichen Erziehung eingestellt — als auch für theoretische Würdigung; so hat der sächsische Landesgewerbearzt Prof. Thiele kürzlich im sächsischen Landesgesundheitsamt sein Referat u. a. in den Satz ausklingen lassen. „Ein wichtiger Teil der Gesundheitspflege sind die Leibesübungen, wenn sie als Leistungen der aufbauenden (positiven) Hygiene nicht überhaupt als deren wichtigster Teil anzusehen sind."

Einigen Gegenständen aus dem umfangreichen Tätigkeitsbereich des Reichsausschusses gebührt die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit, so in erster Linie seinem Entwurf eines Spielplatzgesetzes.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er gliedert sich in ein Reichs- und ein Landesgesetz. Durch ersteres soll der Reichskanzler ermächtigt werden, auf die Dauer von 30 Jahren Gemeinden und Kommunalverbänden bis zu einem Betrage von jährlich 10 Millionen Mark aus Reichsmitteln Zuschüsse zur Herstellung von Spielplätzen zu gewähren unter der Voraussetzung, daß die Landes- und Gemeindebehörden in mindestens gleichem Maße beisteuern. Im Landesgesetz wird jede Gemeinde bzw. Kreisverwaltung verpflichtet, im Verhältnis zu ihrer Einwohnerzahl Spielplätze zur freien Benutzung anzulegen und zu unterhalten. Als Mindestbedarf werden insgesamt 3 qm nutzbare Spielfläche auf den Kopf der Bevölkerung — und zwar 0,5 qm für das freie Spiel der Jugend bis zu 10 Jahren und 2,5 qm für das Pflicht- und das freie Spiel der Schuljugend, der schulentlassenen Jugend und der Bürgerschaft — bezeichnet. Die Verteilung der Spielplätze soll innerhalb einer Gemarkung nach der Besiedelungsdichte erfolgen, und zwar so, daß jedes Spielfeld einen Einflußbereich von 2 km umfaßt. Ausführungsbestimmungen, die Mindestgröße der Spielplätze, Mindestausstattung usw. regelnd, schließen sich an.

Man wird diesem großzügigen Gedanken um so mehr beipflichten können, als die so geschaffenen Spielplätze nicht nur dem Betriebe der Leibesübungen zugute kommen würden, sondern als Freiflächen siedelungshygienisch wertvoll sein könnten. Leider ist auch in diesem Falle eine Annahme des Gesetzes durch Reichsbehörden und Volksvertretung mit Rücksicht auf die Beschränktheit der uns verbliebenen finanziellen Mittel offenbar sehr fraglich. Ob es den Kommunen durchweg möglich sein wird, ihrerseits in die Bresche zu treten, muß ebenfalls bezweifelt werden, wenn auch manche durch eine vorausschauende Bodenpolitik in besserer Lage befindliche Gemeinden dazu imstande sein sollten. In einzelnen Fällen, so in Stuttgart und Hannover, soll es übrigens, Zeitungsnachrichten zufolge, bereits gelungen sein, unter Einrechnung aller in Frage kommenden Flächen, der Kasernen und Schulhöfe, der Exerzierplätze der in dem Gesetzentwurf gewünschten Minimalziffer nahe zu kommen. Daß es im Augenblick weniger darauf ankommen wird, prunkvolle und luxuriöse Einrichtungen namentlich auch für das zuschauende Publikum zu treffen, als vielmehr umfangreiche und zweckmäßige, erscheint selbstverständlich; dagegen sollte bei der Erzielung eines hygienisch einwandfreien Bodens nicht mehr als unbedingt nötig gespart werden. Wenn auch das englische Vorbild immergrüner Rasenplätze bei unseren klimatischen Verhältnissen wenigstens im Binnenlande nur mit großen Unkosten erreichbar sein dürfte, so gibt doch andererseits der Anblick der in trockenen Zeiten von den Sandplätzen durch die Füße der Spielenden und Turnenden aufgewirbelten Staubwolken zu den gleichen Bedenken Anlaß, die die Turnhallen vielfach in Mißkredit gebracht haben. Mit Recht empfehlen die Ausführungsbestimmungen des Entwurfs daher den „Tennenboden“ nur als billigeren Notbehelf. Fachmännische Erfahrung wird hier sehr von Nutzen sein können, und es sei daher ausdrücklich darauf hingewiesen, daß beim Reichsausschuß eine besondere Beratungsstelle für Sportplatzanlagen besteht. Von Wichtigkeit wäre es meines Erachtens ferner, wenn in einem derartigen Gesetz eine gesonderte Behandlung der Spielplätze für die Jugend unter 10 Jahren und für die ältere Jugend bzw. die Erwachsenen auch hinsichtlich ihrer Lage innerhalb der Städte durchgeführt würde. (Hinsichtlich der zu wählenden Ausmaße und Ausstattung ist diese Einteilung nach den Vorschlägen von Dr.-Ing. Martin Wagner[1]), Berlin, und Stadtbaurat P. Wolf[2]), Hannover,

[1]) „Städtische Freiflächenpolitik“. Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, Heft 11 der neuen Folge. Berlin, Karl Heymann, 1915.

[2]) Grundsätze für die Berechnung der erforderlichen Freiflächen für städtische Bebauungspläne. Jahrbuch für Volks- und Jugendspiele. 26. Jahrg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Entwurf bereits enthalten.) Denn es erscheint für Sportplätze, die den Erwachsenen und Halberwachsenen dienen sollen, nicht unbedingt nötig, daß sie in unmittelbarer Nähe (bis zu 2 km) der Wohnstätte liegen. Die heutige Arbeitseinteilung gestattet jedem einen weiteren Anmarsch. Ja es ist sogar erwünscht, diese Anlagen mehr in die Peripherie zu verlegen, da einerseits dort die nicht immer vermeidbare Belästigung der Umwohner geringer, andererseits dort eine freiere Lage der Plätze möglich ist, und zudem die Grundstückspreise niedriger zu sein pflegen. Für die Jugend unter 10 Jahren wird es dagegen darauf ankommen, möglichst in der Nähe der elterlichen Behausungen Spielgelegenheiten zu schaffen und sie so dem auch hygienisch unerfreulichen Einfluß der Straße zu entziehen. Hier wird allerdings ein Anmarsch von 2 km das äußerste sein. Natürlich werden diese Plätze kleiner sein können (der Entwurf sieht als normale Größe 0,5 ha statt 2 ha bei den Spielplätzen der Erwachsenen vor) und werden in ihrer Einrichtung anders gehalten sein müssen (z. B. Planschwiesen u. dgl.).

Zu zweit ist zu erwähnen der vom Reg.-Präsidenten a. D. Dr. Pauli verfaßte und vom Reichsausschuß aufgenommene Entwurf des Gesetzes für die körperliche Ausbildung der Jugend. Aus seinem Inhalt sei folgendes mitgeteilt:

§ 1. Jeder deutsche Reichsangehörige ist in der Zeit von der Vollendung des schulpflichtigen Alters bis zur Volljährigkeit zu körperlichen Übungen verpflichtet.

§ 2. Die Erfüllung dieser Pflicht erfolgt in den öffentlichen Unterrichtsanstalten, in denen die körperliche Übung in den Lehrplan aufgenommen ist, auf der Grundlage des Lehrplans.

§ 3. Die Erfüllung der Pflicht kann erfolgen in Turn- und Sportvereinen, die von der oberen Verwaltungsbehörde als dem öffentlichen Volkswohl dienend anerkannt, oder durch Teilnahme an regelmäßigen Übungen und Wettbewerben, welche vom Reich, den Ländern, den Kommunalverbänden, Gemeinden und öffentlichen Anstalten (z. B. Hochschulen aller Art) eingerichtet sind.

§ 5. Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres eines deutschen Reichsangehörigen erfolgt die Ausstellung von Prüfungszeugnissen und Befähigungsnachweisen, sowie die Erteilung von Berufsgenehmigungen aller Art (Approbationen, Konzessionen usw.) seitens des Staates (Reich und Länder), den Gemeinden oder öffentlichen Anstalten nur gegen Vorlage eines Zeugnisses über die Erfüllung der körperlichen Übungspflicht.

§ 6. Eine Befreiung von der Pflicht zur körperlichen Übung erfolgt für die Schüler öffentlicher Unterrichtsanstalten durch den Vorstand, im übrigen durch die untere Verwaltungsbehörde auf Grund ärztlichen Attestes, welches die körperliche Untauglichkeit zur Erreichung der vorgeschriebenen Mindestleistung enthalten muß. Verheiratete Frauen sind von der Übungspflicht befreit.

Es ist hier nicht der Platz, die praktische Durchführbarkeit dieses sehr weit gehenden Planes zu erörtern. Dagegen erhebt sich die Frage, ob der Volksgesundheit mit seiner Verwirklichung gedient wäre. Gerade wenn man die Leibesübungen vom hygienischen Standpunkte hoch einschätzt, wird man befürchten müssen, daß ein tief einschneidender Zwang automatisch eine Protestbewegung auslösen würde, ähnlich wie die eine erheblich geringere Belästigung und gesundheitliche Inanspruchnahme bedeutende Zwangspockenimpfung die Impfgegner auf den Plan gerufen hat. Jedenfalls kann durch Zwang auch die beste Sache unpopulär gemacht werden. Daß im Gegensatz dazu den freiwilligen hygienischen Maßnahmen eine elektive Wirkung zukommt, insofern sie von denen befolgt wurden, die gesundheitlich interessiert und mithin rassenbiologisch wertvoller sind, hat Flügge[1]) — meines Wissens allerdings als einziger unter den führenden

[1]) Grundriß der Hygiene, 7. Aufl., S. 18.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hygienikern — betont. Für die aktive Hygiene, bei der es sich ja nicht nur um Vermeidung gewisser Schädlichkeiten, sondern um positive Leistunen handelt, dürfte das in besonderem Maße gelten. Ja es kann bezweifelt werden, ob interesselos oder widerwillig ausgeführte Leibesübungen den funktionellen Reiz auf Körper und Geist auszuüben vermögen, der von ihnen erwartet wird. Jedenfalls erscheint es im Augenblick wichtiger, zunächst mal allen Kreisen des Volkes die Gelegenheit zu körperlichen Übungen zu schaffen; schon das wird bei der heutigen wirtschaftlichen Notlage schwer genug fallen. Wenn also die Wahrscheinlichkeit gering ist, daß der Entwurf des Gesetzes für die körperliche Ausbildung der Jugend, der übrigens auch in Sportkreisen durchaus nicht ungeteilten Beifall findet, in der vorliegenden Form die Zustimmung der gesetzgebenden Körperschaften erlangt, so ist das vom Standpunkt der Volksgesundheit weniger zu bedauern, als wenn auf das Reichsspielplatzgesetz verzichtet werden müßte.

Von Interesse ist, daß zwei der uns ehemals feindlichen Länder die körperliche Erziehung zur Pflicht erhoben haben: Frankreich und Belgien.

Des Vergleiches wegen seien die wesentlichen Artikel des französischen Gesetzes hier angeführt:

1. Die körperliche Erziehung ist für alle nicht invaliden Franzosen von Schulbeginn an bis zu ihrer Einstellung in das Heer obligatorisch.
2. Die Körpererziehung bezweckt:
   a) durch geeignete Übungen die normale Ausbildung des Körpers zu gewährleisten, sowie jedem Gesundheit, größtmögliche Spannkraft und Widerstandsfähigkeit zu verschaffen;
   b) durch vernunftgemäßes Betreiben von Spielen und Sport männliche und moralische Eigenschaften zu erlangen und zu erhalten;
   c) den Körper widerstandsfähig zu machen, um so die durch den Beruf, den Militärdienst oder andere Anstrengungen bedingten Leistungen ohne Schaden zu ertragen.
3. Die Bestimmungen dieses Gesetzes finden entsprechende Anwendung auch auf die körperliche Erziehung der jungen Mädchen und Frauen.

Die Körpererziehung soll, wie weiter bestimmt wird, teils durch staatliches Personal in den staatlichen Schulen, Studentenverbindungen, anerkannten Jugendpflegevereinen und in besonderen von den Gemeindeverwaltungen zu organisierenden Lehrgängen, teils mit Hilfe der Vereinsvorstände, Privatschulleiter sowie Familienvorstände in Vereinen, Privatschulen und Familien erfolgen. Die Aufsicht führt der Staat, und zwar durch das Unterrichtsministerium über die Schulen, durch die Militär- und Marinebehörde über die Wehrmacht sowie die zur Jugendausbildung zugelassenen Vereine und durch die Präfekturen über die von den Gemeinden eingerichteten Kurse. Diejenigen, welche die nötigen körperlichen Fertigkeiten nicht durch ein Zeugnis oder durch eine Prüfung vor der Ersatzkommission dartun können, werden zwei Monate vor ihrem sonstigen Aushebungstermin zu einem Ergänzungsunterricht einberufen. Die Ausbildung der für den Unterricht in der körperlichen Ausbildung bestimmten Lehrkräfte erfolgt teilweise in einer Hochschule (école supérieure) für Körpererziehung in Joinville. Hier werden ausgebildet: 1. Fachlehrer und -lehrerinnen für das große Diplomexamen, das zum Unterricht an den Lehrerseminaren und Mittelschulen berechtigt; 2. militärische Lehrer. Zum anderen Teil erfolgt die Ausbildung in den Lehrer- und Lehrerinnenseminaren; hier erhalten die Schüler ein Befähigungszeugnis für den Unterricht in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Körpererziehung an Volksschulen, in den Vereinen und den oben erwähnten Lehrkursen. Art. 10 ist der Mitwirkung der Medizinalbehörde gewidmet. Er lautet:

Die unbedingt notwendige Mitwirkung der Medizinalbehörde hat, wie folgt, zu geschehen:

1. durch allmähliche Einrichtung von Lehrstühlen und Vorlesungen über körperliche Ausbildung bei den medizinischen Fakultäten;
2. durch Aufnahme folgender Wissensgebiete in die Promotionsbestimmungen zum Dr. med.:
   Anatomie und Physiologie, angewandt auf Freiübungen, Körpererziehungsmethoden und Training des Körpers; ärztliche Aufsicht über den Unterricht in Körpererziehung;
3. im Interesse der Medizinstudierenden durch fachwissenschaftliche Vorträge während der Militärzeit der Studierenden, sei es an der Hochschule, sei es durch Kurse an den Zentralplätzen;
4. durch Einrichtung und Ausbau der ärztlichen Aufsicht über den Unterricht in Körpererziehung in den Unterrichtsanstalten, Kursen und Vereinen.

Die Beschaffung der nötigen Plätze und Räumlichkeiten wird kurzerhand den Gemeinden, Departements und dem Staat auferlegt. Jedes Kind erhält ein „Gesundheitsbuch", in das alles auf die körperliche Ausbildung Bezügliche eingetragen wird und das den Inhaber von der Schule bis zum Militär begleitet.

Wenn auch das Gesetz — der Gesinnung des heutigen Frankreich entsprechend — offensichtlich vornehmlich der militärischen Erziehung der Jugend zu dienen bestimmt ist, so legt es doch Zeugnis ab von dem Ernst, mit dem an der Regeneration des französischen Volkes gearbeitet wird. Manches, wie der oben mitgeteilte Art. 10, kann ohne weiteres als vorbildlich bezeichnet werden.

Das belgische Gesetz über die körperliche Erziehung vom 2. Juli 1921 ist ähnlichen Inhalts. Es bezeichnet die körperliche Erziehung als Pflichtfach in allen dem Staat unterstellten oder von ihm unterstützten Unterrichtsanstalten. Diejenigen jungen Leute, die keinerlei Unterrichtsanstalt besuchen, sind verpflichtet, sich bei einem der staatlich genehmigten Turnvereine eintragen zu lassen. Nach erreichtem 18. Lebensjahr ist eine Turnprüfung abzulegen. Diejenigen, die diesen Nachweis verabsäumen, werden, wie in Frankreich, zwei Monate vor den übrigen Gestellungspflichtigen zu einer körperlichen Ausbildung einberufen. Jede Gemeinde mit mehr als 5000 Einwohnern hat mindestens einen Spielplatz und eine Turnhalle anzulegen.

Im Gegensatz hierzu erscheint dem unbefangenen Beobachter die Tatsache beachtlich, daß England, „das Mutterland des Sports", in seinen altbewährten Bahnen weiterwandelt. Dort ist der Sport längst Volkssitte, und wenn auch gelegentlich vom rein sportlichen Standpunkte aus mit einigem Befremden festgestellt wird, daß auch andere Nationen jetzt in den Leibesübungen den Engländern nicht mehr nachstehen, so denkt doch niemand an staatliche Eingriffe.

Eine weitere Schöpfung des Reichsausschusses ist die „Deutsche Hochschule für Leibesübungen". Dank der rastlosen Tätigkeit seines Generalsekretärs C. Diem, dem kürzlich von der Berliner medizinischen Fakultät die seltene Würde eines Dr. med. h. c. verliehen wurde, und der verständnisvollen Leitung des Rektors, des Berliner Chirurgen A. Bier, ist diese aus privater Initiative gegründete — von einem Staatszuschuß ab-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesehen —, aus privaten Mitteln unterhaltene, bisher staatlich noch nicht anerkannte Hochschule in den vier Semestern ihres Bestehens aus dem Stadium des Experiments herausgetreten. Der Bericht über das Sommersemester 1921, das dritte seit Begründung der Anstalt, nennt die Zahl von 228 Studenten, denen 3000 Lehrstunden erteilt wurden. Zur Zulassung ist das Reifezeugnis einer höheren 9stufigen deutschen Lehranstalt oder ein Zeugnis, das zum Studium an anderen Hochschulen berechtigt (z. B. das Zeugnis der bestandenen zweiten Lehrerprüfung), erforderlich, doch werden — wenn auch nur in Ausnahmefällen — praktische Turner und Sportsleute beiderlei Geschlechts auch ohne die geforderte Schulbildung aufgenommen, wenn sie diese durch hervorragende Begabung und praktische Tätigkeit auf dem Gebiete der Leibesübungen ersetzen; die hierbei gestellten Anforderungen gehen über das Durchschnittsmaß weit hinaus. Das ursprünglich auf vier Semester berechnete Studium ist neuerdings auf sechs Semester bemessen worden. Durch billige Unterbringung möglichst vieler Studenten (im Sommer im Stadion im Grunewald) und Gewährung billiger Verpflegung werden den Studenten die Kosten des Studiums (die vor einem Jahre auf etwa 13 000 M. für das damals viersemestrige Studium berechnet wurden) möglichst niedrig gehalten. Das Ziel des Studiums ist eine Diplomprüfung. In ihr wird verlangt: erstens der Nachweis der eigenen körperlichen Tüchtigkeit durch Pflichtübungen in der Leichtathletik (Schnell- und Dauerlauf, Springen, Kugelstoßen, Speerwerfen), im Turnen und im Schwimmen, sowie durch besondere Fertigkeiten in einem Sonderfach nach Wahl des Prüflings; ferner wird mündlich und schriftlich geprüft die Kenntnis vom Bau und den Lebensvorgängen des menschlichen Körpers, Psychologie und Pädagogik, Geschichte der Leibesübung, Organisation der Leibesübung treibenden Verbände, Regel- und Gerätekunde, Übungsstättenbau. Den Diplom-Turn- und Sportlehrern, die in diesen Tagen zum ersten Male die Hochschule verlassen werden, eröffnet sich die Aussicht, als Turn- und Sportlehrer bei staatlichen Anstalten, z. B. bei den Hochschulen aller Arten oder kommunalen Ämtern für Leibesübungen, wie sie viele Stadtgemeinden (z. B. Nürnberg) oder auch Landbezirke (so der Kreis Beeskow in der Mark) zu schaffen im Begriff sind, Anstellung zu finden. Die weitere Entwicklung der Hochschule wird sicherlich nicht wenig davon abhängen, ob diese Hoffnungen sich verwirklichen werden. Für die ernste Auffassung von der Bedeutung dieses Studiums bürgt der Lehrkörper, der sich zum Teil auf bewährte Kräfte der Berliner Universität stützt; er ist gegliedert in vier Abteilungen: 1. Übungslehre; hier sind hauptsächlich Praktiker in den verschiedensten Zweigen der Leibesübungen tätig; 2. Gesundheislehre (umfaßt Anatomie, Physiologie, Hygiene, Pathologie, Anthropometrie, Konstitutionslehre); 3. Erziehungslehre: Pädagogik, Psychologie, sportliches Training; 4. Verwaltungslehre: Organisation und Übungsstättenbau. Neben den regelmäßigen Vorlesungen finden in jedem Semester einige Gastvorlesungen statt, für die auf dem Gebiete der Leibesübungen tätige hervorragende Persönlichkeiten herangezogen werden. So haben u. a. der Anthropologe Martin (München), der ärztliche Vorkämpfer der Leibesübungen F. A. Schmidt (Bonn) und der schwedische Physiologe Liljestrand an der Hochschule gelesen. Die Forschungsarbeit, die im Programm der Hochschule ebenfalls vorgesehen ist, ist noch in der Entwicklung begriffen. Die Schwierigkeiten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Beschaffung der physiologischen Apparatur dürften überwunden sein, nachdem jetzt das Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie (Leiter Prof. Ruhner) der Hochschule zur Verfügung steht. Außerhalb ihrer eigentlichen Aufgabe entfaltet die Hochschule eine rege Tätigkeit durch Veranstaltung zahlreicher kurzer, 14tägiger Lehrgänge für jedermann, teils im Berliner Stadion, teils in vielen Städten des Reiches — im letzten Jahre waren es 40 —, in denen in der Regel außer Dozenten und Studenten der Hochschule auch einheimische Lehrkräfte tätig waren. Auch Volkshochschulkurse in den Abendstunden für die berufstätige Bevölkerung erfreuten sich eines regen Besuches (im Oktober-Dezember 1921 2371 Anmeldungen!). Ferner verdient ein anthropometrischer Meßkursus für Berliner Lehrer, an dem 27 Damen und 8 Herren teilnahmen, besonders hervorgehoben zu werden. Da bei den im Rahmen der schulärztlichen Tätigkeit liegenden Messungen und Wägungen vielfach die Lehrkräfte zur Unterstützung herangezogen werden, so wird von solchen Lehrgängen eine Verbesserung der Technik solcher Untersuchungen und damit auch der Grundlagen für die so wünschenswerte Konstitutionsstatistik erwartet werden dürfen. Es sei bei dieser Gelegenheit bemerkt, daß in Bayern umfassende Messungen und Wägungen an der Hand eines von dem Münchener Anthropologen Martin entworfenen „Somatologischen Beobachtungsblattes für Schulerhebungen" in sämtlichen Volksschulen in der Durchführung begriffen sind. Auch hier sind die Lehrkräfte zu diesem Zweck in besonderen Kursen vorbereitet worden.

Ein besonders glücklicher Gedanke war die Einrichtung von Lehrgängen für Schüler in den Sommerferien des verflossenen Jahres. Da sich diese völlig in den Formen der Licht-, Luft- und Sonnengymnastik im Stadion abspielen, für ausreichende Verpflegung zu billigem Preise gesorgt war, so liegt hier ein bemerkenswerter Versuch vor, der Großstadtjugend eine Sommerfrische zu beschaffen, die bei den immer stärker werdenden Reiseschwierigkeiten sonst wohl vielen nicht mehr erschwinglich sein wird. Trotz der regen körperlichen Tätigkeit während dieser Kurse wurden denn auch erhebliche Gewichtszunahmen festgestellt, die im Durchschnitt 2,25 kg am Ende des Lehrganges betrugen. Der weitere Ausbau dieser Veranstaltungen könnte von großer sozialhygienischer Bedeutung sein.

Alles in allem erhält man von der Tätigkeit der Hochschule ein sehr erfreuliches Bild. Ihr weiteres Aufblühen wird letzten Endes davon abhängen, daß man ihr den ihr bisher fehlenden amtlichen Charakter nicht länger vorenthält, d. h. sie und das Diplomexamen zu einer staatlichen Einrichtung macht. Für eine Übernahme dürfte das Reich wohl in erster Linie in Frage kommen, da Preußen inzwischen der Landesturnanstalt in Spandau den Charakter als „Preußische Hochschule für Leibesübungen" verliehen hat. Ob man hieraus schließen darf, daß der bisher kurzfristige seminaristische Unterricht an der Landesturnanstalt einem hochschulmäßigen Platz machen soll — was natürlich trotz der Konkurrenz mit der benachbarten deutschen Hochschule für Leibesübungen einen fortschrittlichen Willen bedeuten würde —, bleibt abzuwarten. Einen erheblichen Schritt vorwärts hat Bayern getan, insofern es seine Landesturnanstalt als turntechnisches Institut der Universität zu dieser in enge Beziehung gebracht hat. Der gesamte wissenschaftliche Unterricht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

findet in der letzteren unter Benutzung der hier schon vorhandenen Vorlesungen statt; die Ausbildung ist einer akademischen Laufbahn entsprechend verlängert worden.

Für die allgemeine Verbreitung der Leibesübungen in unserem Volke wird die Stellung der Schule ihnen gegenüber von ausschlaggebender Bedeutung sein. Ohne Zweifel hat die jüngste Vergangenheit hier manchen Fortschritt gebracht, so in Preußen und, soweit ich unterrichtet bin, auch in den meisten anderen Bundesstaaten, den allgemein verbindlichen allwöchentlichen aufgabenfreien Spielnachmittag und die monatlichen Ganzwandertage. Die Forderung der Anhänger der körperlichen Erziehung geht aber weiter; sie treten für die tägliche Turnstunde ein. Die Einwände der Schulbehörden gegen diesen Wunsch beziehen sich in der Regel auf die Unmöglichkeit, die geforderten wöchentlichen sechs Stunden im Lehrplan unterzubringen, und auf den Mangel an Übungsstätten und Lehrkräften. Diese Bedenken hat kürzlich Neuendorff[1]) zurückgewiesen; die für die neue Oberschule vorgeschlagene Festsetzung der Wochenstundenzahl auf 30 (26 wissenschaftliche, 2 Zeichen- und 2 Turnstunden) könne ohne Schaden für Lehrer oder Schüler in eine 32-Stundenwoche mit 24 wissenschaftlichen Stunden, 2 Zeichen- und 6 Turnstunden umgewandelt werden; auch würde es vollkommen genügen, von den sechs Turnstunden drei ausgebildeten und geprüften Turnlehrern zu übergeben, für die anderen drei aber unter der Aufsicht der Klassenleiter oder anderer jüngerer Lehrkräfte Turnen im Jahnschen Sinne anzusetzen, d. h. Schwimmen, Wandern, Marschieren, je nach Möglichkeit und Geschmack. — Gerade in dieser freien Auffassung, die aus dem Schulstaub und dem Schulzwang hinausführt, wird die Forderung der täglichen Turnstunde die Zustimmung der Hygieniker finden. Beachtenswert ist der in Berlin-Schöneberg gemachte Versuch, die Turnprüfung in das Abiturientenexamen aequo loco mit den wissenschaftlichen Fächern aufzunehmen und zu werten. Eine Ausdehnung dieses Verfahrens, das den Leibesübungen in den Augen der Eltern, der Lehrer und der Schüler erhöhte Bedeutung verschaffen wird, auf alle höheren Lehranstalten soll Zeitungsnachrichten zufolge beabsichtigt sein.

Für die Durchführung der körperlichen Ausbildung der Fortbildungsschüler, die gesundheitlich besonders notwendig ist, erscheint es zweckmäßig, allen denjenigen Schülern, die bereits in einer privaten Sportvereinigung körperlichen Übungen obliegen, Befreiung von dem schulmäßigen Unterricht zu gewähren. Zweifeln darüber, ob durch einen derartigen vereinsmäßigen Betrieb das Ziel einer allgemeinen zweckmäßigen Durchbildung des Körpers erreicht wird, sucht die nachstehende, auf Wunsch des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe abgegebene gutachtliche Äußerung des Senats der Deutschen Hochschule für Leibesübungen zu begegnen:

„Wir fassen den Begriff Turnen im Jahnschen Sinne auf, wonach darunter alle Formen der Leibesübungen, also auch die sportlichen, zu verstehen sind, und empfehlen daher, bei Ableistung des Fortbildungsschulunterrichts im Rahmen der Vereine alle Vereine, die Körpersport treiben, den Turnvereinen gleichzustellen. Einen einseitigen Sportbetrieb im Sinne einer schädlichen Wirkung gibt es überhaupt nicht. Jede Leibesübung hat ihren ganz besonderen Wert, der von anderen Übungen verschieden ist, und jede Leibesübung hat damit ihr Recht. Ein junger Mann, der beispielsweise in einem Verein nur Schwimmen betreibt, tut damit für seinen Körper etwas außerordentlich Nützliches. Er bildet ihn nach sehr vielen Seiten aus. Die Höhe des

[1]) Turnen, Spiel und Sport, 2. Jahrg., S. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nutzens des Körpers wird nicht so sehr davon abhängen, ob er neben diesem Schwimmen noch andere Leibesübungen treibt, als vielmehr, mit welcher Intensität er überhaupt übt. Ein energisch durchgeführtes Schwimmtraining ist für den Körper von höherem Wert, als eine lasch durchgeführte Übung in noch so vielen Zweigen von Turnen und Sport. Man soll daher der Neigung der Jugendlichen weitgehendst Rechnung tragen. Sie werden im allgemeinen, wenn sie sich irgend einem besonderen Sportzweig freiwillig in die Arme werfen, davon mehr körperlichen Nutzen ziehen, als wenn sie gezwungen irgend eine bestimmte Form des Unterrichts genießen. Wir empfehlen dringend, in Anerkennung dessen die Sportvereine jeder Art in die Liste der anerkannten Vereine aufzunehmen.

Die studierende Jugend der deutschen Hochschulen, die, wie man leider feststellen muß, bisher hinsichtlich ihrer körperlichen Leistungen weit hinter den englischen, amerikanischen, schwedischen Studenten stand, scheint nunmehr in dieser Hinsicht Wandel schaffen zu wollen: der vierte deutsche Studententag in Erlangen hat beschlossen, die Leibesübungen zur Pflicht zu machen:

1. „Jeder Studierende ist zur Ableistung einer mindestens einmaligen Prüfung in verschiedenen Zweigen der Leibesübungen innerhalb seiner ersten zwei Studienjahre anzuhalten." Ferner: 3. „Als ordnungsmäßiges Betreiben von Leibesübungen gilt ein mindestens zweimal zweistündiges Üben in der Woche"; 4. „den Verpflichtungen gemäß 1 unterliegen alle Angehörigen der deutschen Studentenschaft mit Ausnahme solcher Studierenden, die gemäß Bescheinigung der Hochschule aus gesundheitlichen Rücksichten von der Ableistung der Prüfung befreit sind"; 6. „nach dreimaligem Nichtbestehen der ganzen Prüfung oder eines Teiles derselben ist ein Studierender von weiteren Verpflichtungen zu entbinden."

Ein einheitliches Leistungsbuch, in das die erzielten Ergebnisse, aber auch ärztliche Untersuchungsbefunde eingetragen werden, soll für jeden Studenten in Zukunft von seiner ersten Immatrikulation bis zur Ableistung der Prüfungen seitens der Ämter für Leibesübungen an den einzelnen Hochschulen geführt werden. Die Durchführung dieser Beschlüsse wird neben den örtlichen Ämtern im wesentlichen dem kürzlich gegründeten deutschen Hochschulamt für Leibesübungen (Geschäftsstelle: Hannover, Technische Hochschule) obliegen, das durch Zusammenschluß der verschiedenen in dieser Richtung bisher tätigen Ausschüsse und Verbände geschaffen worden ist. Zu wünschen ist in erster Linie, daß die mutige Entschlossenheit, mit der sich die Studentenschaft ihre Aufgabe gestellt hat, in verständnisvollem Entgegenkommen der Hochschullehrerschaft ihren Widerhall finden möge.

In der Stellung des Arztes zu den Leibesübungen, die in früheren Jahren im großen und ganzen ablehnend oder doch gleichgültig war, scheint allmählich mit der Zunahme der Ärzte, die selbst aus den Reihen der Turner und Sportsleute hervorgegangen sind, eine Wandlung im Sinne einer kräftigen Förderung derselben sich vorzubereiten. Die Notwendigkeit der ärztlichen Mitarbeit und ihre Zuständigkeit hat Thiele in einem Anfang Dezember im sächsischen Landesgesundheitsamt gehaltenen Vortrage dargetan. Seine das Problem erschöpfenden Leitsätze lauteten:

1. Der Wiederaufbau unserer Volkskraft ist im wesentlichen eine Aufgabe der körperlichen und geistigen Gesundheitspflege. Er kann deshalb nicht ohne die Mitwirkung der Ärzte erfolgen.
2. Ein wichtiger Teil der Gesundheitspflege sind die Leibesübungen, wenn sie als Leistungen der aufbauenden (positiven) Hygiene nicht überhaupt als deren wichtigster Teil anzusehen sind.
3. So eifrig die Mitarbeit der Ärzte auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung und -vorbeugung ist, so haben sich doch an der sachkundigen Förderung der Leibesübungen im allgemeinen bisher nur vereinzelte Ärzte beteiligt.
4. Die Mitarbeit der Ärzte auch auf diesem Gebiete ist angesichts des körperlichen und seelischen Zusammenbruchs nötiger als je. Sie kann geschehen:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

a) durch Selbstbetätigung in den zahlreichen Vereinigungen für Leibesübungen jeder Art,
b) durch Überwachung, Beratung, Belehrung der Leibesübung Treibenden,
c) durch Vertretung der Forderungen der Gesundheitspflege auf dem Gebiete der Leibesübungen an öffentlichen Stellen (Verwaltungen, Ämter),
d) durch Einrichtung und Betrieb der Nothilfe bei Unfällen,
e) durch eigene Forschungsarbeit, Vorträge und ähnliches.

5. Ganz besonders wichtig sind die Leibesübungen in der Erziehung der Jugend. Es ist die besondere Aufgabe der Schulärzte, sich über die physiologischen Grundlagen der Leibesübungen zu unterrichten und in der Schule besonders die hygienische Seite der Leibesübungen zur Geltung zu bringen.

6. Solange die Leibesübungen nicht durch die Erziehung eine selbstverständliche Gewohnheit geworden sind, werden für die männliche und weibliche Jugend bis zum 20. Jahre pflichtmäßige alljährliche körperliche Leistungsprüfungen nicht zu umgehen sein. Besonders vorgebildete Ärzte (Deutsche Hochschule für Leibesübungen, Berlin) werden hier einen dankbaren Wirkungskreis finden (Sportärzte).

7. Die erfreulicherweise zunehmende Teilnahme immer größerer Kreise der Bevölkerung an den Leibesübungen erfordert eine größere Betonung ihrer gesundheitlichen Seite. Jüngeren Ärzten ist daher die Erwerbung der Befähigung als Turn- und Sportlehrer dringend zu empfehlen.

8. Die Frage der Beschaffung ausreichender Spielplätze, zumal in den Mittel- und Großstädten sowie Industrieorten bedarf dringend der baldigen Lösung.

9. Es ist eine amtliche Zentralstelle zur Förderung der Leibesübungen einzurichten, an der außer dem Ministerium des Innern, dem Kultus- und Wirtschaftsministerium und den berufenen Vertretern der Leibesübungen im Lande auch das Landesgesundheitsamt und die Ärzteschaft mit Sitz und Stimme vertreten sind.

Zur Überwachung, Beratung und Belehrung der Leibesübungtreibenden [s. 4b) der Leitsätze] bietet sich Gelegenheit durch Einrichtung sporthygienischer Beratungsstellen. Solche bestehen, soweit bekannt, bereits in Hamburg, Hannover und Altenburg. Sie erteilen kostenlos jedermann ärztliche Beratung in Angelegenheiten der Leibesübungen. Aus Hannover wird vom Leiter dieser Stelle, Medizinalrat Dr. Münter, berichtet, daß sich an 37 Untersuchungsterminen 416 Personen eingefunden hatten — ein Zeichen, daß die Einrichtung einem Bedürfnis entspricht. Die Kosten der Untersuchungsstelle beliefen sich auf 9500 M. im Jahre 1921. Als Ergebnis von allgemeiner Bedeutung ist hervorzuheben, daß bei den Vereinsangehörigen sich nicht selten eine gewisse Einseitigkeit der Körperbildung geltend machte, der am besten durch Betreiben passender „Ergänzungssports“ abzuhelfen ist, z. B. ist einem Fußballspieler Rudern oder Schwimmen anzuraten.

Einen beachtlichen Hinweis auf die ärztliche Betätigungsmöglichkeit enthält die Zeitungsnachricht, daß ein großes rheinisches Industrieunternehmen zu seiner Beratung in allen die Gesundheit seiner Arbeiterschaft betreffenden Fragen namentlich auch hinsichtlich der Leibesübungen einen auf diesem Gebiete erfahrenen Arzt bestellt habe. Der für den Sommer 1922 vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Gemeinschaft mit der deutschen Hochschule für Leibesübungen geplanten Lehrgang für Ärzte verdient daher die Beachtung aller derjenigen Fachgenossen, die an der Gesundung unseres Volkes durch Förderung seiner körperlichen und damit auch geistigen Erstarkung mitarbeiten wollen.

Schließlich ist noch die auf dem Gebiete der Leibesübungen neu erschienene Literatur einer kurzen Besprechung zu unterziehen. Bemerkenswert ist, daß auch in der medizinischen Fachpresse häufiger als früher von den Leibesübungen die Rede ist. So bringt u. a. Heft 11 der Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie einen Aufsatz von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mallwitz, der die Leibesübungen als Lehr- und Forschungsfach zum Gegenstand hat und für jede wissenschaftliche Hochschule je nach den örtlichen Verhältnissen Vorlesungen, Übungen usw. aus diesem Gebiete fordert, damit namentlich die Mediziner nicht ganz ohne Kenntnisse in dieser Hinsicht in ihren Beruf treten. Ebenda behandelt Goldscheider die Notwendigkeit eines heilgymnastischen Unterrichts für körperlich minderwertige Schulkinder.

Die Bedeutung der Leibesübungen für die Sozialversicherung legt R. Lehmann dar (Anlage zu Nr. 9 der amtlichen Mitteilungen der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz 1921). Er betont, daß ein Vorbeugen, namentlich gegenüber der Erkrankung an Tuberkulose, nach unserer heutigen Kenntnis nicht durch Schutzimpfungen, sondern lediglich durch Verbesserung der Konstitution, also durch Leibesübungen zu erreichen sei.

Auch in der fachmännischen Behandlung turnerisch-technischer Einzelfragen zeigt sich die zunehmende ärztliche Mitarbeit; so verteidigt — um einige Beispiele von allgemeinem Interesse herauszugreifen — Müller (Münch. med. Wochenschrift 1921, Nr. 47) die Klappsche Tiefkriechstellung hinsichtlich ihres Einflusses auf die Wirbelsäule gegen die aus dem schwedischen Turnen übernommene Spannbeuge; erstere erscheint ihm stärker wirksam und ungefährlich, während die Spannbeuge bei schlechter Ausführung schädlich wirken kann. Die Technik der Brustumfangsmessung behandelt Scheidt (Zeitschr. f. Kindertuberkulose 1921, Nr. 6/7). Vergleichende Untersuchungen ergaben die am meisten einwandfreien Resultate bei Messung in Höhe des Schwertfortsatzes bei lose hängenden Armen, da so im Gegensatz zu anderen Methoden Schulterblattwinkel und die Muskelwülste des großen Brust- und breiten Rückenmuskels keine Fehlerquelle bedeuten.

Mehrere Arbeiten sind dem Sportarzt an der Preußischen Polizeischule für Leibesübungen, H. Herxheimer, zu verdanken; so über die Bradykardie der Sportsleute (Münchener med. Wochenschrift 1921, S. 1515), die wahrscheinlich als Folge der vermehrten Kontraktionsfähigkeit und des vergrößerten Schlagvolumens des Herzens infolge von Hypertrophie anzusehen ist, und ferner über die Wirkung von primärem Natriumphosphat auf die körperliche Leistungsfähigkeit (Klin. Wochenschrift 1922, S. 480), die sich bei täglichen Gaben von 3 g „Recresal“ in einer meßbaren Steigerung der letzteren und in einem erheblichen Stoffansatz an Skelett und Muskulatur äußerte. Von allgemeiner Bedeutung sind die Beobachtungen des gleichen Autors über die Wirkungen leichtathletischen Sommertrainings auf die körperliche Entwicklung von Jünglingen (Virchows Archiv 1921, Bd. 233, S. 484):

39 junge Leute im Alter von 16 bis 20 Jahren wurden während ihrer sommerlichen Sporttätigkeit (Laufen, Springen, Werfen) einer Kontrolle hinsichtlich Längenwachstums, Gewichts, Muskulatur, Blutdrucks, Herztätigkeit und der Herzmaße unterzogen; es ergab sich, daß der Stoffansatz, der bei jungen Männern im Stadium des starken Längenwachstums an sich schon vermindert ist, bei sportlicher Betätigung, die einen starken Wachstumsreiz auf die Muskulatur darstellt, auf allen anderen Gebieten gleich Null wird, ja daß sogar ein Verbrauch an Reservestoffen eintreten kann. Daraus ergibt sich die wichtige Lehre, daß in der Periode starken Längenwachstums ein Übermaß sportlicher Tätigkeit zu vermeiden und reichliche Ernährung geboten ist. Der Nutzen vernünftig geregelter Übung zeigte sich andererseits in einer Zunahme der Muskulatur um das Doppelte und des inspiratorischen Brustumfangs um das Vier-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fache, gegenüber den wenig übenden Kontrollpersonen. Herzschädigungen traten niemals ein; sogar ein Fall von kompensiertem Herzklappen-(Mitrial-)fehler überstand das Training ohne subjektive oder objektive Beanstandung.

Eine dem ärztlichen Berater oft vorgelegte Frage, ob in der heutigen Zeit der Nahrungssteuerung und Ernährungsknappheit dem im Wachstum begriffenen jugendlichen Organismus nicht wertvolle Baustoffe durch rege körperliche Betätigung zu Unrecht entzogen werden, findet eine beweiskräftige Beantwortung in den statistischen Untersuchungen Kaups über die Einflüsse des Krieges auf die Konstitution der Münchener Volksschuljugend (Münch. med. Wochenschrift 1921, S. 693): sie zeigten sich in der gegen die Friedenszahlen verminderten Größe und geringerem Gewicht. Dagegen war auffälligerweise ein relativ und teilweise absolut vermehrter Brustumfang festzustellen. Kaup erklärt dies wohl zu Recht mit der infolge des verminderten Schulunterrichts in der Kriegszeit vermehrten Spiel- und Tummelfreiheit der Schuljugend. Also selbst unter diesen höchst schwierigen Ernährungsbedingungen hat der funktionelle Reiz hinsichtlich der gesundheitlich bedeutsamen Breitenentwicklung nicht versagt. Daß im Gewicht und der Körperlänge der Organismus andererseits Opfer bringen mußte, ist zwar, namentlich was das Gewicht anbetrifft, nicht ohne, aber doch von verhältnismäßig geringerer Bedeutung.

Von den zahlreichen einschlägigen Monographien möchte ich in erster Linie die neubearbeitete 5. Auflage von „Unser Körper", Handbuch der Anatomie, Physiologie und Hygiene der Leibesübungen von F. A. Schmidt (Leipzig, R. Vogtländer, 1920) nennen. Jeder, der lernend, helfend oder lehrend mit den Leibesübungen zu tun hat, wird in diesem vorbildlichen Buche die Grundlage seines Wissens suchen müssen und finden. Gegenüber den früheren Auflagen ist vieles geändert und neueren Erfahrungen entsprechend verbessert, so daß das Werk durchaus auf der Höhe der Zeit steht. Ein weiteres, ebenfalls nun schon häufig (jetzt zum siebenten Male) aufgelegtes, mehr den praktischen Bedürfnissen der Leiter von Kampf- und Spielfesten dienendes Büchlein desselben Verfassers sei anschließend erwähnt: F. A. Schmidt, Wettkämpfe, Spiele, turnerische Vorführungen bei Jugend- und Volksfesten (Kleine Schriften des Zentralausschusses für Volks- und Jugendspiele, Bd. 2. Leipzig und Berlin, B. G. Teubner, kart. 5 M.). Ein neugeschaffenes, für den Praktiker sehr wertvolles Hilfsmittel, das allerdings in erster Linie für militärische Zwecke gedacht ist, ist die Vorschrift für Leibesübungen (Berlin, E. S. Mittler, 1921, Preis 14,50 M.): Frei- und Gewehrübungen, Athletik, Schwimmen Gerätübungen, Spiele werden — nach einer allgemeinen Einführung — erschöpfend, kurz und knapp und ausgezeichnet illustriert dargestellt. Hierbei wird nicht nur die Technik geschildert, sondern auch der innere Wert der einzelnen Übungsarten treffend gewürdigt, z. B. könnte in allen Schulturnhallen § 8 des Kapitels über Frei- und Gewehrübungen angeschlagen werden: „Zweckmäßigkeit ist der Leitsatz für das ganze Gebiet der Frei- und Gewehrübungen. Beschäftigungstheorie bedeutet hier eine schwere Verkennung des ganzen Systems." Die allgemeine Bedeutung der Vorschrift geht mithin über ihre spezielle Bestimmung weit hinaus. Eine alljährliche Erscheinung auf dem Büchertisch ist das Jahrbuch für Volks- und Jugendspiele (Berlin und Leipzig, B. G. Teubner). Wenn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch die Not der Zeit den Umfang des vorliegenden 30. Jahrganges gegenüber seinen Vorgängern stark beschränkt hat, so bringt der Inhalt doch in gleichem Maße, wie früher, wertvolle Anregungen. Außer den Aufsätzen über die dänische Jugendbewegung, speziell die Volkshochschule (H. Dragehjelm), über die Turnprüfung an den höheren Lehranstalten (Dominicus), über den Alkohol im jugendlichen Gemeinschaftsleben (Brossmer), sind für die öffentliche Gesundheitspflege besonders die Richtlinien für eine planmäßige und umfassende Körperpflege auf dem Lande von Geheimrat Dr. Hagen von Bedeutung. Wenn auch für die Landbewohner die rein konstitutionellen Werte der Leibesübung nicht in dem Maße gelten, wie für die Städter, so sind bei ihm „körperliche und geistige Regsamkeit, Anstelligkeit, Sicherheit und Gewandtheit" die Ziele der Leibeszucht. Ja man kann vielleicht noch mehr erhoffen, insofern kürzlich in einer Sportzeitung ausgeführt wurde, daß die Gewinnung des Landvolkes für die Anteilnahme am sportlichen Leben möglicherweise ein Mittel darstellt, um der Landflucht zu steuern.

Eine Einführung in die Psychologie der Leibesübungen gibt die Vortragsreihe „Leib und Seele im Sport" von R. W. Schulte (Volkshochschulverlag Charlottenburg 1921, Preis 6 M.), der die in neuerer Zeit auch auf anderen Gebieten, z. B. in der Berufsberatung, bekannt gewordenen Methoden der experimentellen Psychologie hier in ihrer Anwendung zu den verschiedenen Formen der Leibesübungen gemeinverständlich erläutert. Das durch solche Versuche zu erstrebende Ziel wird vom Standpunkt der wissenschaftlichen Hygiene allerdings weniger die Festlegung bestimmter psychischer Qualitäten bei diesem oder jenem Sporttypus sein, als vielmehr der Nachweis, daß die Leibesübungen auch auf die geistigen Eigenschaften anregend und im Sinne einer aktiven psychischen Hygiene fördernd wirken. — Einen Einblick in eine schwierige physiologische Fragestellung gewährt das Werk von C. Oppenheimer, Der Mensch als Kraftmaschine (Leipzig, Georg Thieme, 1921, Preis 15 M.). Die Betrachtung des Menschen als eine einheitliche Maschine, und zwar als Wärmemaschine, lehnt der Verfasser ab; nur einen Bruchteil des Körpers, die Muskeln, läßt er als Maschinenelemente gelten. Da aber außerdem noch eine große Reihe von Anlagen vorhanden sind, die nur sekundär dem maschinellen Zwecke dienen, z. B. Vorrichtungen für Aufnahme von Nährstoffen, deren Vorverarbeitung, für Aufspeicherung von Energiereserven, Verteilung durch den ganzen Organismus, für Ausscheidung der überflüssigen Abbauprodukte, sowie schließlich für die Lenkung und Organisation des ganzen komplizierten Betriebes, so ist der Mensch als ein ganzes Kraftwerk anzusehen mit den verschiedensten, dem inneren Betriebe dienenden Hilfsanlagen. Der Verfasser wünscht Physiologen, Techniker, Ärzte wie auch die Sportsleute selbst für dies biologische Problem zu interessieren. Endlich sei noch auf eine soeben erschienene Schrift programmatischen Inhalts hingewiesen: C. Diem, „Zur Neugestaltung der Körpererziehung", ein Aufriß der Tagesfragen (Berlin, Weidemannsche Buchhandlung, 1922, 78 S.). Als wesentlichste Forderung stellt Diem die allgemeine Ausbildung des Körpers im Hinblick auf physiologische Ziele auf; letztere werden bestimmt durch die im Zusammenhang mit der Zivilisation und der mit ihr verbundenen Naturentfremdung drohende Entartung des Menschengeschlechts in konstitutioneller

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hinsicht (Schmalbrüstigkeit der hochaufgeschossenen Großstadtjugend); ihr können die Leibesübungen mit Erfolg entgegenwirken — eine Auffassung, die bereits von mir in dieser Zeitschrift (1920, S. 337) vertreten wurde. Darüber hinaus — und das glaube ich ergänzend hinzufügen zu sollen — ist auch die Fülle der psychischen Eindrücke zu beachten, die die Leibesübungen in ihren verschiedenen Formen auf den heutigen Kulturmenschen ausüben, und zwar nicht nur auf den aktiven Teilnehmer, sondern auch auf den Zuschauer; man kann in ihnen einen Ersatz für viele mit der fortschreitenden Zivilisation verlorengehenden natürlichen Reize sehen. Treffend charakterisierte neulich eine Zeitung die geistige Verfassung der einer Sportveranstaltung mit einer dem Fernerstehenden schwer faßlichen Hingabe beiwohnenden Volksmenge mit den kurzen Worten: „Sie erleben und sind zufrieden." Sollte nicht die Zufriedenheit als Grundlage geistiger Volksgesundheit — mag man sie nun als erstrebenswertes Ziel an sich oder als die Vorbedingung für die Durchführung sozialer Maßnahmen werten — ebenfalls einen Platz unter den Aufgaben der Gesundheitspolitik verdienen?

Besprechungen.

Siemens. Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie. 229 S. Berlin, J. Springer, 1921. 64 M.

Das Buch von Siemens erläutert im theoretischen Teil zunächst die konstitutionspathologischen Grundbegriffe, bespricht sodann kurz die experimentellen und zytologischen Grundlagen, eingehender die theoretischen Grundlagen der Vererbungslehre und die vererbungsbiologischen Grundbegriffe. Im praktischen Teil wird Sammlung und Aufzeichnung vererbungswissenschaftlichen Materials, sodann die Beurteilung vererbungswissenschaftlichen Materials und die Diagnostik der erblichen Krankheiten behandelt. Hier wird neben den klassischen Mendelzahlen und dem Einfluß der Blutsverwandtschaft die Bedeutung des Krankheitsverlaufes — richtiger der Zeit des Auftretens, des familiären Auftretens wie des Fehlens äußerer Ursachen und der Einheitlichkeit des klinischen Krankheitsbildes erörtert. (Zu bemerken ist dazu, daß nicht bloß ein Plus, sondern auch ein Minus an Blutsverwandtenehen von Bedeutung sein kann und beides Folge eines Dominierungsverhältnisses ist. Die Abweichung von der Normalzahl kann aber so gering sein, daß sie im positiven wie im negativen Sinne keinen Schluß zuläßt.)

Unter Ätiologie der erblichen Krankheiten werden Idiokinese, Selektion, Degeneration, Antizipieren, Gesundheitspolitik, Kontraselektion besprochen. Hier werden die ichtigsten rassenhygienischen Probleme behandelt. Im Kapitel über die Therapie wird die ausschließliche Bedeutung der Selektion hervorgehoben und das rassenhygienische Programm in seinen Einzelheiten erläutert. Schließlich wird Rassenhygiene als Lehrfach gefordert.

Endlich gibt ein Anhang auf 6 Seiten eine Übersicht über unser Wissen von der Vererbung bei einer großen Zahl von Krankheiten, ohne Stammbaum und Erläuterung der Namen, und eine Übersicht über die vererbungsbiologische Terminologie, sowie einen kurzen Überblick über die Literatur.

Das Buch ist wohl geeignet, der Einführung in die Vererbungslehre zu dienen, wenn es auch in manchen Punkten nicht auf dem neuesten Standpunkte steht — so vermißt man die Lehre von dem Faktorenaustausch, die aber erst während der Fertigstellung des Buches bekannt wurde und auch bei Bauer-Fischer-Lenz nicht genügend gewürdigt ist und nicht überall kritisch tief eindringt. So vermisse ich eine Ablehnung der Korrelationsberechnungen, die sich durch anderweitige einfachere Methoden ersetzen lassen, und die Aufnahme meiner Selbstkritik der Geschwistermethode. Die Kenntnis dieser hätte auch Siemens davor bewahren müssen, die niederen Zahlen bei Dementia praecox auf polyide Vererbung zurückzuführen. Hier stehen wir vor der Frage: Polymerie, Außenfaktoren oder Kontraselektion im Fötal- und Kindesalter?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Einfachheit und Übersichtlichkeit der Darstellung und das Vermeiden komplizierter Probleme stellen aber einen zweifellosen Vorzug dar, vor allem ist das Buch auch frei von dogmatischer Herrschaft, und das Studium der komplizierteren Probleme ist Sache der Vertiefung in die Originalwerke.

Ich möchte keine Entscheidung zwischen den beiden Werken von Siemens und Bauer-Fischer-Lenz treffen, wer sich ernstlich einarbeiten will, wird sich beide anschaffen und beide mit Kritik lesen müssen. Weinberg (Stuttgart.)

Grotjahn. Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. Sozialhygienische Abhandlungen Nr. 3. 36 S. Karlsruhe, Müller. 8,40 M.

Der Verf. kennzeichnet kurz die allgemeinen und einige der wichtigsten besonderen Aufgaben der sozialen Hygiene, die neben individueller und Fortpflanzungshygiene die physikalisch-biologische Hygiene zu ergänzen hat. Im ganzen handelt es sich nur um eine Altera versio bereits früher vertretener Anschauungen und um eine schärfere Zusammenfassung des Wesentlichen, deren Anfänge bereits in der alten Auflage der sozialen Pathologie erkennbar sind. Vielfach wird man sogar sagen müssen, daß das Prinzip der Kürze gewaltsam auf Kosten der Verständlichkeit durchgeführt ist, in einem etwas grotesken Gegensatz dazu steht die liebevolle aber entbehrliche Versenkung in die Darstellung der Technik des Cökalkondoms.

Auffallend stark ist die Bedeutung der Vererbung und der Konstitution in dem Kapitel über Tuberkulose hervorgehoben. In dem zweiten Kapitel besteht ein Widerspruch zwischen Überschrift und Inhalt, denn von anderen Hilfswissenschaften als Statistik steht nichts darin. Wenn gesagt wird, daß auch die Politik zahlreiche Anknüpfungspunkte gewähre, so ist das richtig, und auch die Forderung, daß die soziale Hygiene ohne Rücksicht auf eine Partei an ihre Aufgaben herantreten und sie lediglich mit den ihr eigentümlichen Methoden lösen soll, ist äußerst beherzigenswert. Aber was hat das mit Hilfswissenschaften zu tun? Tatsächlich nennt Grotjahn keine außer der medizinischen Statistik.

Einen faktischen Defekt enthält das Kapitel über soziale Hygiene der Arbeit. Hier hätten wir eine wuchtige Kritik des Taylorismus in echt Grotjahnschem Stile erwartet. Er fordert allerdings eine Naturgeschichte der Arbeit als Grundlage ihrer Rationalisierung. Diese Rationalisierung kann aber nur in der Vermeidung der durch den Taylorismus angestrebten überspezialistischen Versimpelung, positiv ausgedrückt, in dem Streben nach tunlichster Abwechslung in der Arbeit bestehen, wie sie der Beruf des Landwirts in idealster Vollkommenheit darbietet. Deshalb schreit auch der Landwirt nicht simpelhaft nach dem Achtstundentag. In dem Mangel an Abwechslung liegt der Hauptfaktor der derzeitigen Organisation der Arbeit. Jeder Mensch sollte mindestens zwei Berufe lernen und sie je nach Bedarf zu verschiedenen Tages- oder Jahreszeiten oder wöchentlich abwechselnd ausüben, wenigstens bis zu einem bestimmtem Alter.

Daß Grotjahn in einem sozialen Staate noch von Elternschaftsversicherung redet, ist auch nicht konsequent. Ein sozialer Staat kann doch nicht auf jede Versicherung mit komplizierten mathematischen Grundlagen verzichten. Der Literaturbericht ist wieder einmal äußerst dürftig behandelt. Weinberg (Stuttgart).

E. G. Dresel. Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg. Heft 5 der Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Kriminalpsychologie, herausgegeben von K. v. Lilienthal, S. Schott, K. Wilmanns. 125 S. mit 22 Abbild. Berlin, J. Springer, 1921. 69 M.

Dresel hat in dieser gründlichen und eingehenden Untersuchung 151 Fälle (148 männlich) der Trinkerfürsorgestelle Heidelberg bearbeitet. Besonders leitete ihn dabei die alte Streitfrage, ob Umweltschäden oder regelwidrige geistige Veranlagungen für die Trunksucht des einzelnen ausschlaggebend seien — wobei allerdings, wie er selbst hervorhebt, die Klarstellung erheblich dadurch erschwert wird, daß sowohl hinsichtlich der Umwelt, wie hinsichtlich der geistigen Abnormität ein und derselbe Befund das eine Mal Ursache, das andere Mal erst Folge der Trunksucht sein kann. Dieser Schwierigkeit suchte der Verf. durch sorgfältige Zusammenstellung der Lebensläufe der einzelnen zu begegnen.

Demgemäß befaßt sich ein größerer, grundlegender Teil mit den Lebensverhältnissen der Eltern der Trinker, deren eigenen Lebensverhältnissen und ihrem Familienleben (S. 5 bis 21; dazu im Anhang eine Anzahl ausgewählte Lebensläufe). Dann folgen Abschnitte über die Bekämpfung des Übels — behördliche Maßnahmen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Trinkerfürsorgestelle (Wirtshausverbot, Entmündigung, Renten in Sachleistungen, Armenunterstützung der Familie), Aufnahmen in Trinkerheilstätten, die Irrenklinik, das Arbeitshaus — und ihren Erfolg. Ein eigenes Kapitel ist endlich der Straffälligkeit der Trinker gewidmet, namentlich unter dem Gesichtspunkte, ob die Trunksucht eine besondere Straffälligkeit auslöst, oder ob diese in geistiger Regelwidrigkeit ihre Ursache hat, die je nach Anlage mit oder ohne den Einfluß des Alkoholmißbrauchs zu besonderen Arten von Vergehen geneigt macht. (Ein Anhang bietet schematische Darstellungen, die von 22 Trinkern neben den behördlichen Unterbringungen im allgemeinen und den Aufenthalten in Krankenanstalten besonders auch die Strafregister und Einsperrungen in Strafanstalten enthalten.)

Aus den Schlußfolgerungen des Verf. greifen wir folgendes heraus: Von den 151 untersuchten Trinkern erwiesen sich alle diejenigen, die vor dem 21. Lebensjahre mit dem Trunk begannen, als geistig abnorme Persönlichkeiten. Unter den anderen sind neben solchen auch geistig Gesunde, die durch schwere berufliche oder häusliche Umweltschäden verschiedenster Art ans Trinken gerieten. Was die Heilungsaussichten anbelangt, so sind sie, solange eine tiefgehende Charakterveränderung infolge der Trunksucht noch nicht eingetreten ist, bei den geistig Gesunden am günstigsten. Die geistig minderwertigen aktiven Persönlichkeiten und die an sittlichem Schwachsinn Leidenden sind so gut wie hoffnungslos. Geistig abnorme Anlage enthält in sich die Neigung („Disposition") zur Trunksucht. Die Kriminalität der Trinker ist nach Verf. — abweichend von anderen Forschern — meist keine Folge des Trunks, vielmehr sind beide nebeneinander hergehende Folgeerscheinungen mehr oder weniger stark regelwidriger geistiger Veranlagungen. „Die sich gegen den Trinker wendenden gesetzlichen Mittel zur Bekämpfung der Trunksucht könnten bei sachgemäßer und strengerer Handhabung mehr leisten als bisher. Eine Verbesserung in der Anwendungsmöglichkeit des dauernden Wirtshausverbotes ist notwendig." Die Entmündigung sollte in den meisten Fällen früher einsetzen und bedeutend häufiger angewandt werden.

Der Inhalt des Buches ist zugleich ein eindrucksvolles Zeugnis für die Wichtigkeit und Notwendigkeit der organisierten Trinkerfürsorge, wie sie insbesondere vom Deutschen Verein gegen den Alkoholismus begründet und getragen ist.

Flaig (Berlin).

Max Nassauer. Des Weibes Leib und Leben in Gesundheit und Krankheit. Stuttgart, Ernst H. Moritz, 1921.

Es ist keine Frage, daß die meisten populären Darstellungen der Funktionen des weiblichen Körpers besser nie geschrieben worden wären, da sie oft mehr Schaden anrichten als Nutzen. Mit bestem Gewissen kann daher jeder Jungfrau, Frau und Mutter das vorliegende Buch von Nassauer empfohlen werden, ist doch Nassauer als Forscher und Dichter in den weitesten Kreisen bekannt und geschätzt. Das Büchlein zeichnet sich neben dem richtigen Inhalt durch eine ausgezeichnete Darstellung aus; auch die Abbildungen sind größtenteils gut. Für eine Neuauflage dürfte es sich aber empfehlen, die Abbild. 40 bis 49 durch moderne zu ersetzen.

Engelhorn (Jena).

Juckenack. Zur Reform der Lebensmittelgesetzgebung. Wege der Volkswohlfahrt, Heft 6. 28 S. Berlin und Leipzig, Verein wissenschaftl. Verleger, 1921. 4 M.

Juckenack. Die deutsche Lebensmittelgesetzgebung, ihre Entstehung, Entwicklung und künftige Aufgabe. 27 S. Berlin, J. Springer, 1921. 4,50 M.

Die beiden Hefte ergänzen einander. In dem einen ist ein allgemeiner Abriß der deutschen Nahrungsmittelgesetzgebung und Kontrolle mit zahlreichen Anführungen alter Vorschriften gegeben. Das andere kennzeichnet die Bedürfnisse, denen nach den großen praktischen Erfahrungen des Verf. die Nahrungsmittelgesetzgebung genügen muß. Die Schriften sind allgemeinverständlich gehalten und gerade heute sehr zeitgemäß, wo eine Neugestaltung unseres Lebensmittelgesetzes von 1879 unmittelbar bevorsteht.

Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

JUN 17 1922 Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 4
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

Druck und Verlag
Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges.
Braunschweig 1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des vierten Heftes.

Seite

Über geschäftsmäßige und amtliche Ehevermittelung. Von Dr. med. Fetscher. (Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule Dresden. Direktor: Prof. Dr. Ph. Kuhn) 109

Prinzipienfragen bei den Gesetzentwürfen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. med. Dreuw in Berlin 117

Das Desinfektionsverfahren mit Blausäure. Von Kreisarzt Dr. Wolf in Cassel. (Zusammenfassende Übersicht II) 126

Chronik der Gesundheitspflege. Infektionskrankheiten. Von Obermedizinalrat Dr. Franz Spaet in München 131

Besprechungen:

Bericht über den ersten Deutschen Gesundheitsfürsorgetag in Berlin, am 25. Juni 1921. (Sieveking-Hamburg) 141

Ländliche Kleinkinderfürsorge. (Sieveking-Hamburg) 141

Ad. Czerny. Die Bekämpfung der Kindertuberkulose. (Solbrig-Breslau) 142

W. Fenkner. Die Tuberkulosefürsorge auf dem Lande. (Solbrig-Breslau) 142

Hahn. Die Reformation des Heilwesens. (Solbrig-Breslau) . . 142

Glaubitt. Ernährungszustand der Bevölkerung in Preußen im Jahre 1920. (Solbrig-Breslau) 143

Emil Abderhalden. Das Recht auf Gesundheit und die Pflicht, sie zu erhalten. (Kisskalt-Kiel) 143

Franz Spaet. Der Fürsorgearzt. (Kisskalt-Kiel) 143

B. Chajes. Kompendium der sozialen Hygiene. (Dresel-Heidelberg) 143

Leopold von Wiese. Einführung in die Sozialpolitik. (Dr. W. Abel-Jena) 144

R. Fischer. Hygiene der chemischen Großindustrie. 3. Teil: Organische Betriebe. (Abel) 144

Kleinere Mitteilungen 144

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 4.

[Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule Dresden.
Direktor: Prof. Dr. Ph. Kuhn.]

Über geschäftsmäßige und amtliche Ehevermittelung.

Von Dr. med. Fetscher.

Vorwort. Trotz aller gesellschaftlichen Vorurteile hat sich in aller Stille eine Reform des „Sichfindens" angebahnt, nachdem die bisher übliche Art und die im Urteil der meisten allein zu billigende des zufälligen Zusammentreffens sich immer mehr als unzureichend erwiesen hat. Es hat nicht an Stimmen gefehlt, die den Mut hatten, diese Tatsachen auszusprechen und in der Erkenntnis der sozialen Gefahr der jetzt üblichen öffentlichen Wege auch für das Gebiet der Eheanbahnung behördliche Einrichtungen zu fordern. Wenn ihnen bisher offensichtlicher Erfolg gefehlt hat, so ist die Ursache darin zu suchen, daß es fast allgemein als peinlich empfunden wird, das intimste Erleben des Menschen zum Gegenstand staatlicher Regelung zu machen. Es darf indes nicht verkannt werden, daß gerade die Ehe das weitaus wichtigste Ereignis im Leben des einzelnen wie des Staates darstellt, daß in letzter Linie der Bestand eines Volkes, sein Aufstieg oder Niedergang nur von der Zahl und Fruchtbarkeit seiner Ehen abhängt. Gerade jetzt nach den schweren Opfern des Krieges und — des „Friedens" — wird es zur Pflicht nationaler Selbsterhaltung, dem Gebiete der Eheschließungen erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden und unter Aufgebot aller Mittel gesunde Ehen zu fördern.

Die Notwendigkeit möglichst baldiger behördlicher Regelung der Eheanbahnung zu erweisen, ist Ziel nachstehender Ausführungen. Ich habe mich bemüht, einwandfreies Zahlenmaterial zusammenzutragen und Tatsachen sprechen zu lassen, um dem Widerstreit persönlicher Ansichten und Meinungen zu entgehen und zugleich eine feste Grundlage für Versuche einer eingreifenderen Neuregelung zu schaffen.

Die Verhältnisse aller Arten der Eheanbahnung im ganzen Deutschen Reich zu erfassen, übersteigt die Arbeitskraft eines einzelnen, weshalb ich mich auf ein engumgrenztes Gebiet, auf Württemberg allein, beschränkt habe, und nur dort darüber hinausgriff, wo es mir zur Vervollständigung meiner Erfahrungen nötig erschien. Ich hielt dieses Vorgehen, in räumlicher Begrenzung alle Arten des öffentlichen Sichfindens zu erfassen, für geeigneter, ein allgemeingültiges Bild zu entwerfen, als etwa den Versuch, nur eine bestimmte Art der Eheanbahnung, vielleicht die der konzessionierten Vermittelungen, in erweitertem Umfange zu untersuchen.

Die literarische Ausbeute über das in Frage stehende Gebiet war recht gering. Ernsthafte Würdigung finden Heiratsanzeige und Vermittelung bei Bebel (Die Frau und der Sozialismus), dem die Verbreitung dieser öffentlichen Wege der Eheanbahnung als Beweis der Verkommenheit der bürgerlichen Gesellschaft erscheint. Eine systematische Beschäftigung mit dem Vermittlerwesen scheint seinem Urteil allerdings nicht vorausgegangen zu sein. Er sammelte offenbar lediglich verschiedene sensationelle Zeitungsnachrichten, die er im Sinne seiner Theorie verwertete.

Mataja (Heiratsvermittelung und Heiratsanzeigen, München 1920) gebührt das Verdienst, als erster sich eingehender mit dem Vermittelungswesen befaßt zu haben, wenn er auch statistisch brauchbare Angaben vermissen läßt. In vorliegender Arbeit ist vielfach auf ihn Bezug genommen, weshalb sich eine genauere Inhaltsangabe seiner Ausführungen schon hier erübrigt.

Zahlreicher sind die Veröffentlichungen zur Frage der amtlichen Ehevermittelung. Die bisher erschienene Literatur ist im zweiten Teile dieser Arbeit besprochen, der sich mit Notwendigkeit und Form behördlicher Eheanbahnung befaßt.

1. Die Heiratsanzeige.

Die erste Heiratsanzeige ist nach Sampson (A history of advertising, London 1875) in England in der Collection for Improvement of

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Husbrandry and Trade am 19. Juni 1695 erschienen. Es handelt sich um zwei ehelustige Männer. 1758 folgt in Deutschland das Heiratsgesuch eines „Honetten Frauenzimmers" in einem Frankfurter Blatt (Mataja, Heiratsvermittelung und Heiratsanzeigen, München 1920). 1793 erschien in der Wiener-Zeitung die erste Heiratsanzeige in Österreich. Typisch für die beiden letztgenannten ist es, daß in ihnen wirtschaftliche Gründe zum Anlaß der Suche nach einem geeigneten Partner wurden. Liegen nun auch die ersten Anfänge der Heiratsanzeige überraschend weit zurück, so hat sie doch erst in den letzten Jahrzehnten immer steigende Bedeutung gewonnen, so daß nun mit vollem Recht von „einem nicht mehr ungewöhnlichen Wege" gesprochen werden darf.

Für die meisten Ehelustigen spielen wirtschaftliche Gründe die Hauptursache, in aller Öffentlichkeit nach einem Partner zu suchen. Nicht selten finden die materiellen Gründe einen für gesundes Empfinden geradezu verletzenden Ausdruck, wie in den recht häufigen Anzeigen folgender Art:

> „Tüchtigem Fachmann der Schuhwarenbranche ist Gelegenheit zur Einheirat geboten usw."

oder:

> „Zur Vergrößerung meines . . . . Geschäfts suche ich eine Frau mit mindestens . . . . M. Vermögen usw."

ferner:

> „25jähr. Student wünscht sich zwecks Vollendung seiner Studien mit vermögender Dame zu verheiraten . . . ."

und:

> „Bei 50jähr. Geschäftsfrau kann sofort eingeheiratet werden."

Vielfach wird eine etwas verschleiernde Form gewählt und als Einleitung die Formel:

„des Alleinseins müde"

gebraucht. Fast immer folgt aber schließlich der Wunsch nach „vermögender Dame" oder nach Herrn „in gesicherter Lebensstellung". Unter allen Heiratsanzeigen, die ich für vorliegende Arbeit gesammelt habe, findet sich eine einzige, in der das Verlangen nach Kindern als Grund des Ehewunsches angeführt wird. Wieviel unterdrückte Sehnsucht nach dem natürlichen Mutterberufe unter den weiblichen Anzeigern zu dem Entschluß in die Öffentlichkeit zu treten mitspielen mag, entzieht sich natürlich einer statistischen Betrachtung. Es werden wohl Motive der verschiedensten Art zusammen wirken. Nicht selten spielt neben dem Wunsch sich zu „versorgen" das Bestreben, aus der Öde eines nicht zusagenden Berufes herauszukommen, eine wichtige Rolle.

Nebenstehende Tabelle zeigt die soziale Verteilung der männlichen Ehebewerber. Auffallend hoch ist die Zahl der Akademiker unter ihnen, die beinahe 10 Proz. der Gesamtsumme ausmachen. Bemerkenswert ist ferner die große Zahl der in der Spalte „Berufe des gebildeten Mittelstandes" befindlichen Bewerber, die sich hauptsächlich aus Beamten und Kaufleuten zusammensetzen neben einer geringeren Zahl von Industriellen und Lehrern. Dieser geistige Mittelstand macht die Hauptmenge aus und beherrscht mit seinen Eigentümlichkeiten das Bild. Als „selbständige Kleinbürger" wurden alle kleinen Gewerbetreibenden und die spärliche Zahl von Bauern zusammengefaßt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 1.

Unter 1346 männlichen Ehebewerbern, die Alter und Beruf angegeben hatten, befanden sich im Alter:

	bis zu 25 Jahren	von 25 bis 30 Jahren	von 30 bis 40 Jahren	von 40 bis 50 Jahren	über 50 Jahren	Summe
Akademiker	1	9	67	35	23	135
Berufe des gebildeten Mittelstandes . . .	32	197	549	121	57	956
Selbständige Kleinbürger	23	27	28	22	9	109
Arbeiter	22	57	32	28	7	146

Tabelle 2.

Im Laufe eines Monats fanden sich in 9 großen Tageszeitungen[1]) und 22 kleinen württembergischen Zeitungen:

	Insgesamt	Vermittelungen	Direkte Heiratsgesuche	Von diesen männlich	Von diesen weiblich	Ohne Altersangabe, daher fehlend in Tabelle 3
Insgesamt	3243	280	2963	1672	1291	266 (153)
In Proz. von der Gesamtzahl	100,0	8,1	91,9	51,5	40,4	—
In Proz. von den direkten Heiratsgesuchen . . .	—	—	100,0	56,3	43,7	8,9
Württemberg	892	57	835	478	357	81 (58)
In Proz. von der Gesamtzahl	100,0	6,3	93,7	53,5	40,2	—
In Proz. von den direkten Heiratsgesuchen . . .	—	—	100,0	57,2	42,8	9,8

[1]) Frankfurter Zeitung, Leipziger Neueste Nachrichten, Berliner Tageblatt, Münchener Neueste Nachrichten, Kölnische Zeitung, Kölnische Volkszeitung, Stuttgarter Neues Tageblatt, Württemberger Zeitung, Schwarzwälder Bote.

Tabelle 3.

Im Laufe eines Monats fanden sich nach Abzug der Bewerber, die kein Alter angegeben hatten (vgl. Tabelle 2):

	Insgesamt	Davon bis zu 25 Jahren	25 bis 30 Jahren	30 bis 40 Jahren	40 bis 50 Jahren	Über 50 Jahre
Männlich	1560	111	362	711	260	116
„ in Proz. . .	100,0	7,1	23,2	45,0	16,6	8,1
Weiblich	1133	121	238	520	258	36
„ in Proz. . .	100,0	10,1	21,0	43,4	22,4	3,2
Württemberg						
Männlich	448	24	112	201	83	31
„ in Proz. . .	100,0	5,4	25,0	44,9	18,4	6,3
Weiblich	296	22	67	158	41	8
„ in Proz. . .	100,0	7,4	22,6	53,3	13,6	3,1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Hauptmasse der Heiratsgesuche findet sich in den Blättern der bürgerlichen Mitte, was mit der Tatsache, daß die Mehrzahl der Bewerber dem gebildeten Mittelstande entstammt, im Einklang steht. Die offiziellen sozialistischen Blätter nehmen keine Heiratsgesuche auf (vgl. Bebel, Die Frau und der Sozialismus, 45. Aufl., S. 115), da den strengen Sozialisten die Heiratsanzeige als unmoralisch gilt.

Im Laufe eines Monats fand ich auch deshalb im „Vorwärts" keine einzige, dem Stuttgarter mehrheitssozialistischen Blatte „Tagwacht" ebenfalls keine und im „Neckar-Echo", das der gleichen Parteirichtung angehört, nur zwei Heiratsanzeigen. Auch die „Rote Fahne", der „Kommunist", der „Kampf" ließen Heiratsgesuche vermissen. In um so reicherer Menge finden sich in diesen Blättern Ankündigungen von „diskreten" Entbindungsheimen. Im „Vorwärts" allein konnte ich in einem Monat 36 verschiedene Adressen sammeln, und Anpreisungen aller Art für Mittel, die bei „Störungen" der Menstruation angewendet werden sollen. Mehrfach sehe ich leider auch Anzeigen von Ärzten, welche bitten, bei „Störungen aller Art" sich vertrauensvoll an sie zu wenden. Eine Zeiterscheinung bedauerlichster und bedenklichster Art! Verhältnismäßig wenig Heiratsanzeigen erscheinen auch in der konservativen Presse.

Aus dem Inhalt der Heiratsanzeigen darf allerdings nicht kritiklos herausgelesen werden, daß sie nur von materiellen Überlegungen diktiert sind. Es ist durchaus begreiflich, daß leichter zu formulierende Wünsche, wie solche bezüglich des Vermögens des gesuchten Partners, schon aus rein sprachlichen Gründen in den Vordergrund treten. Die Kosten eines Inserats bedingen indes auch knappe Fassung, die sich wieder nicht mit der Auseinandersetzung ideeller Forderungen vereinbaren läßt. Weiterhin besteht die vielfach begreifliche Scheu, die geheimsten Wünsche des Herzens vor aller Öffentlichkeit auszubreiten; die Furcht, sich lächerlich zu machen, hindert fast stets daran und nicht zuletzt sprachliche Ungewandtheit, der es zuzuschreiben ist, daß häufig genug bei dem Versuch, ideelle Forderungen zu formulieren, geradezu Ungetüme von Anzeigen zustande kommen. In dem Gefühl der Unzulänglichkeit ihrer stilistischen Fähigkeiten und wohl auch in dem richtigen Empfinden, daß die Heiratsanzeige nicht der richtige Platz ist, Herzenswünsche auszubreiten, verzichten die meisten Bewerber, auf sie einzugehen, und geben nur die wirtschaftlichen Verhältnisse an, in denen sich die von ihnen gesuchte Person befinden soll. Es ist dies ein ausgesprochener Mangel der Heiratsanzeige, daß ihr Preis eine breitere Schilderung verhindert. Auch ihr Vorteil, daß sie sich an einen weiteren Kreis wendet, hat einen Nachteil im Gefolge, nämlich den, daß es gerade deshalb, weil sie sich an einen größeren Kreis wendet, den meisten unmöglich ist, ihre Gefühlswelt deutlicher zu Worte kommen zu lassen. Zudem drängt der nüchterne Anstrich, der jeder Heiratsanzeige anhaftet und nicht zuletzt von den dicht daneben stehenden Reklameanzeigen aller möglichen Firmen bedingt wird, geradezu zu geschäftsmäßiger Fassung. Diese einfach in Worte zu setzenden Wünsche treten eben für die Bewerber durch ihre Formulierung in den Vordergrund und erscheinen wichtiger als ideelle Forderungen, die vielfach nur schwer oder gar nicht in Worte zu fassen sind, da unser Bewußtsein mehr oder weniger ausschließlich von sprachlich formulierten Begriffen beherrscht wird. Die Heiratsanzeige treibt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

demnach, auch wenn ursprünglich andere Gesichtspunkte maßgebend waren, rein psychologisch auf den Weg ausschließlich materieller Bewertung der Bewerber. Vielleicht darf man aus dem Umstande, daß an hohen Festtagen besonders große Mengen von Heiratsgesuchen erscheinen, schließen, daß trotz aller handgreiflichen Realitäten Gefühlswerte eine nicht unbeträchtliche Rolle spielen; wird doch gerade an diesen Tagen, die in unserer Erinnerung mit dem Begriff der Familie eng verbunden sind, das Gefühl der Einsamkeit besonders lebendig. Selbstverständlich spielt auch die Überlegung, daß an den Feiertagen mehr Ruhe zum Zeitungslesen vorhanden ist und daher mehr Aussicht auf Beachtung der einzelnen Anzeige, eine wichtige Rolle, also ein praktischer Gesichtspunkt.

In der Verteilung der Geschlechter zeigt sich, daß die männlichen Bewerber in der Überzahl sind. Es fanden sich unter 2963 Heiratsgesuchen 1672 von Männern ausgehende und 1291 Bewerbungen von Frauen (vgl. Tabelle 2), das sind 56,3 Proz. männliche und 43,7 Proz. weibliche Gesuche. Dieses Verhältnis ist um so auffallender, als gerade jetzt ein beträchtlicher Überschuß von Frauen im heiratsfähigen Alter besteht. Zur Erklärung mag man wohl daran denken, daß der männlichen Natur aktiveres Vorgehen bei der Suche nach einem Lebensgefährten eher liegt, vor allem aber, daß die nüchterne, geschäftsmäßige Art der Heiratsanzeige und die erhöhte Gefahr, in unlautere Hände zu geraten, viele Frauen abhält, den Weg durch die Zeitung zu wählen. Dazu kommt zweifellos die größere Anhänglichkeit der Frau der Tradition gegenüber, die es ihr, trotz aller empfundenen Mängel des geduldigen Wartens auf den Zufall, schwerer macht, sich vom Althergebrachten zu befreien.

Die mitgeteilten Zahlen über die geschlechtliche Proportion dürfen als statistisch gut gesichert betrachtet werden. Der mittlere Fehler, nach der Formel $\sqrt{\frac{p_1 p_2}{n}}$ berechnet, ergibt:

$$\sqrt{\frac{56{,}3 \cdot 43{,}7}{2963}} = \sqrt{\frac{2460{,}31}{2963}} = 0{,}26 \text{ Proz.}$$

Es liegen demnach Schwankungen um das Dreifache von 0,26 Proz., also 0,78 Proz. nach aufwärts oder abwärts im Bereiche der Wahrscheinlichkeit, eine Differenz, die bei der um 12,6 Proz. größeren Häufigkeit der männlichen Heiratsgesuche nicht ins Gewicht fällt. Diese Ergebnisse bilden somit eine Bestätigung der Beobachtungen Matajas und des von ihm ohne nähere Quellenangabe zitierten Werner, die beide gleichfalls ein Überwiegen der männlichen Ehebewerber feststellen.

Tabelle 4 gibt die Altersstufen der männlichen Ehebewerber nach Berufsklassen in Prozenten an. Die Berechnung des durchschnittlichen Heiratsalters gibt naturgemäß nur annähernd richtige Resultate. Da vielfach keine genauen Altersangaben gemacht wurden, wurde das mittlere Alter jeder Gruppe mit der Zahl der zugehörigen Personen multipliziert und die Summe der so gewonnenen Werte durch die Gesamtzahl der Bewerber dividiert. Da die Abweichungen vom Mittel nach beiden Seiten gleiche Wahrscheinlichkeit für sich haben, muß so ein annähernd richtiger Wert errechnet werden können. Ich glaube, daß das tatsächliche durchschnittliche Alter eher höher als niedriger liegt, da Ausdrücke wie „in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 4.

Von 1346 männlichen Ehebewerbern, die Alter und Beruf angegeben hatten, standen im Alter von (vgl. Tabelle 1 und 3):

	bis zu 25 Jahren Proz.	25 bis 30 Jahren Proz.	30 bis 40 Jahren Proz.	40 bis 50 Jahren Proz.	über 50 Jahren Proz.	Durchschnittl. Heiratsalter Jahre
Akademiker	0,74	6,6	49,6	26,06	17,0	39,4
Berufe des gebildeten Mittelstandes . . .	3,35	20,0	57,5	12,6	6,55	36,0
Selbständige Kleinbürger	21,1	24,8	26,0	21,0	6,1	34,3
Arbeiter	15,6	39,0	21,8	19,1	4,5	32,1
Gesamtdurchschnitt nach Tabelle 3 . .	7,1	23,2	45,0	16,6	8,1	35,6

den 40er Jahren“ usw. stets gebraucht werden, wenn der Betreffende an der Grenze dieses Zeitabschnittes steht. Für die erste Spalte wurde als Durchschnittsalter 23, für die letzte 55 — eine sicher etwas zu niedrige Zahl, findet man doch nicht selten Bewerber, die das 60. Lebensjahr überschritten haben — angenommen. Es kommt den so gewonnenen Werten, auch wenn man ihnen sonst keinerlei Bedeutung zuzumessen geneigt sein sollte, immerhin recht beträchtlicher Wert beim Vergleich der Berufsklassen untereinander zu. Mögen die gefundenen Zahlen auf den ersten Blick durchweg etwas hoch erscheinen, so möchte ich doch noch darauf hinweisen, daß die Bewerber außerdem noch naturgemäß erst einige Zeit nach Aufgabe der Anzeige heiraten, das wahre Heiratsalter sich auch aus diesem Grunde also noch höher stellen muß.

Beim Vergleich des durchschnittlichen Heiratsalters zeigt sich nun, daß die Akademiker mit 39,4 Jahren den Gipfel bilden und das Alter der Bewerber mit abnehmender Bildung fällt. Handwerker und Arbeiter bleiben beträchtlich unter dem Gesamtdurchschnitt.

Nach Rubin und Westergard (Statistik der Ehen auf Grund der sozialen Gliederung der Bevölkerung, S. 95, Jena 1890) beträgt die Fruchtbarkeitserwartung bei einem Heiratsalter des Mannes von 35 bis 44 Jahren 2,28, für das Alter von 30 bis 34 Jahren 3,02. Diese Zahlen zeigen zur Genüge die soziale Gefahr der Spätehen und die Tatsache, welche Bedeutung dem höheren Heiratsalter gerade der gebildeten Stände zukommt. Auch für den gesamten Durchschnitt bleibt die Fruchtbarkeitserwartung weit sogar hinter dem Mittel von Berlin aus dem Jahre 1911 zurück, wo die Natalität 81,5 Proz. betrug (vgl. Gruber, Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reich, München 1914).

Die gewaltige Differenz der Fruchtbarkeitserwartung der auf dem Wege der Zeitungsanzeigen zustande gekommenen Ehen und der Fruchtbarkeit Berlins findet ihre zahlenmäßige Erklärung im Vergleich des mittleren Heiratsalters der einzelnen Berufsklassen. Für den Arbeiterstand wird als Mittel 25,35 angegeben, für gebildete 31,22, während wir 32,1 und 39,4 fanden.

Könnte man nun allerdings sagen, die Heiratsanzeige springe dort ein, wo die bisherige Suche nach einem geeigneten Partner versagt hat, so bleibt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

doch noch zu bedenken, daß diese Hilfe reichlich spät kommt, nämlich erst dann, nachdem den Bewerbern durchschnittlich 7 Jahre für die Fortpflanzung gerade in der wertvollsten Zeit gegen den Durchschnitt ihrer Gesellschaftsklasse verloren gegangen sind.

Allein dieser Umstand beweist, daß die Zeitungsanzeige höchstens nur ein sehr unvollkommener Notbehelf der Eheanbahnung genannt werden kann, von allen anderen Bedenken sozialer und ethischer Natur abgesehen. Noch bedeutender ist die Differenz des weiblichen Ehebewerbers gegenüber dem durchschnittlichen Heiratsalter. Letzteres beträgt 25,2, während wir 35,4 Jahre finden. Die Fruchtbarkeitserwartung beträgt hierfür nur 1,34! Für die Frau sind demnach die Gründe, die gegen die Benutzung des öffentlichen Heiratsgesuches sprechen, noch wirksamer als beim Mann, was auch in der Minderzahl der weiblichen Ehebewerber zum Ausdruck kommt. Gemildert wird das Bild ein wenig dadurch, daß häufig verwitwete Personen beiderlei Geschlechts sich wieder zu verehelichen wünschen. Es waren unter 1672 männlichen Ehebewerbern 53, also 3,1 Proz. verwitwet oder geschieden; 47 von ihnen hatten angegeben, daß sie Nachwuchs hätten, insgesamt 64 Kinder. Unter 1291 Frauen fanden sich 49 Witwen, das sind 3,9 Proz. Von ihnen hatten 38 Kinder, zusammen 56. Die durchschnittliche Fruchtbarkeit dieser Ehen war also recht gering.

Mataja glaubt, daß die Heiratsanzeigen meist zu einem Ziele führen. Es spricht dafür der Umstand, daß Wiederholungen selten sind. Ich fand bei 2963 verschiedenen Heiratsgesuchen 57 Wiederholungen, also nicht ganz 2 Proz. Nach Beobachtungen der Geschäftsstelle des Neuen Wiener Tageblattes soll es selten sein, daß gleiche Bewerber mehrmals auf Heiratsgesuche antworten. Es müßten sich demnach in überwiegender Häufigkeit sehr rasch geeignete Partner zusammenfinden.

Beweis für den guten Erfolg der Heiratsanzeigen ist auch der Umstand, daß sie sich immer wachsender Beliebtheit erfreuen und die hohen Kosten einer Heiratsanzeige, für die häufig erhöhte Sätze berechnet werden, nicht gescheut werden. Hält man sich ferner vor Augen, daß auf eine Anzeige fast immer eine größere Zahl von Antwortschreiben einläuft, so spricht auch dieser Umstand dafür, daß der gewünschte Erfolg erreicht wird, erfolgt doch im gewöhnlichen Leben die Gattenwahl fast immer bei meist wesentlich geringerer Auswahl. Werner teilt eine Reihe von Zahlen über Erfolge von Heiratsanzeigen mit. Ein „hübsches, unvermögendes Mädchen" erhielt 45 Angebote, eine „Köchin mit kleiner Ersparnis" 72, ein „Mädchen mit 100 000 M. bar und kleinem körperlichen Fehler" 158, darunter 115 mit voller Adresse, also mit dem Stempel der Aufrichtigkeit. Auf eine Anzeige im Leipziger Tageblatt sollen sogar, nach Angabe des Blattes, 478 Bewerbungsschreiben eingelaufen sein. Mir waren die 52 Antworten zugänglich, die auf eine Anzeige im Stuttgarter Tageblatt eingingen. Die Anzeige lautete:

„31 jähr. Beamter in gesicherter Lebensstellung wünscht sich zu verehelichen."

Unter den Briefen fand sich kein Angebot eines Vermittlers. Aus den Zuschriften möchte ich wenigstens eine mitteilen, die mir besonders charakteristisch erscheint.

„Durch den Tod meiner lb. Mutter vereinsamt, wünsche ich mir einen lieben Kameraden, möchte jedoch eine persönliche Aussprache einer solchen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf schriftlichem Wege vorziehen und sehe eventl. Ihrem gefl. Bescheid entgegen. Alter 24 J., brünett" usw. Folgt volle Anschrift.

Das Schreiben zeigt deutlich, daß die Bewerberin berufstätig ist. In 75 Proz. der Antworten ist dies der Fall. Es geht daraus hervor, daß für diese Frauen die Bedenken, ihren Heiratswunsch offen zu bekennen und einem unbekannten Menschen mitzuteilen, geringer sind als für nicht im Berufsleben stehende. Der freiere Verkehr mit Personen des anderen Geschlechts, wie ihn der Beruf mit sich bringt, beseitigt da wohl Bedenken, die bei den Mädchen, die zeitlebens in der Familie behütet werden, jede offene Suche nach einem passenden Lebensgefährten verhindern. Vielleicht spielt auch der Wunsch, aus der Berufstätigkeit herauszukommen, eine wichtige Rolle, was nicht gerade sehr zugunsten der Frauenbewegung spräche.

Nur eine Antwort ist zweideutiger Natur, eine einzige trägt die Zeichen krankhafter Überspanntheit.

Zu gleicher Zeit erschien in dem genannten Blatt auch eine weibliche Heiratsanzeige folgender Fassung:

> „23jähr. Waise mit schöner Aussteuer und etwas Vermögen sucht Lebensgefährten."

Es liefen darauf 64 Antworten ein, die mir gleichfalls zugänglich waren, 59 von ihnen mit voller Anschrift und ebenfalls kein Vermittlerangebot. Einige der Briefe sind recht zweifelhafter Natur. So will ein „unglücklich verheirateter Mann durch eine neue Bekanntschaft seinen früheren Humor wiedergewinnen". „Spätere Scheidung der bestehenden Ehe nicht ausgeschlossen." Die weitaus größte Mehrzahl der Antworten zeigt ebenfalls volle Aufrichtigkeit. Ich gebe nun ebenfalls eine Probe aus den Schreiben, die mir besonders bezeichnend erscheint.

> „Ihre Anzeige im Tageblatt habe ich gelesen und erlaube mir, einige Zeilen an Sie zu richten.
> Ich bin 40 Jahre alt, Junggeselle, mittelgroß, von annehmbarem Äußeren, verträglichem und gutem Charakter und befinde mich in staatlicher Stellung. Trotz der trüben Zeiten habe ich mich entschlossen, ein eigenes Heim zu gründen und ich würde mich freuen, wenn Sie mir, wenn auch vorerst ohne Namensnennung, weitere Mitteilung zukommen ließen oder mir Nachricht geben würden, wann und wo ein persönliches Zusammentreffen möglich wäre usw."

Mit Ausnahme von zwei Handwerkern, einem Buchbinder mit eigenem Geschäft, einem Schneider, der seinen Betrieb vergrößeren möchte, und einem Bauarbeiter gehören alle Bewerber dem Kaufmannsstande an.

Was die Häufigkeit der Heiratsanzeigen anbelangt, so habe ich mich bemüht, darüber auf folgende Weise Anhaltspunkte zu gewinnen:

Ich habe in allen württembergischen Zeitungen, die irgendwie in Betracht kommen, je einen Monat lang die Heiratsgesuche gesammelt. Um Vergleichs- und Schätzungswerte zu gewinnen, wurde darauf Bedacht genommen, daß in die Sammlungszeit keine hohen Festtage und nur vier Sonntage fielen. Die gefundenen Zahlen stellen damit die untere Grenze dar, die zu gewinnen mir wichtiger erschien, als Höchstzahlen aufzustellen, wobei ich jedoch darauf bedacht war, möglichst alle Anzeigen, die im Laufe eines Monats in Württemberg erschienen, zu erfassen. Es fanden sich, sind nun (vgl. Tab. 2 und 3) die Wiederholungen nicht eingerechnet, 478 männliche und 357 weibliche Heiratsgesuche. Im ganzen Jahre würden deshalb 12mal soviel zu erwarten sein, also 5736 männliche und 4284 weibliche, zusammen 10020 Anzeigen. Da die Sammlung im Jahre 1920 erfolgte, ist sie am besten mit der Zahl der in diesem Jahre geschlossenen Ehen in Verbindung zu setzen, deren Zahl nach einer persönlichen Mitteilung des Statistischen Landesamts rund 40000 betrug. Es müßten daher, wenn alle Anzeigen zum Erfolg führten, jede vierte Ehe durch die Zeitung vermittelt sein, eine Zahl, die zweifellos viel zu hoch erscheint. Andererseits bleibt zu berücksichtigen, daß gerade

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an den hohen Feiertagen besonders große Mengen von Heiratsgesuchen erscheinen, während die erwähnten Angaben untere Grenzwerte darstellen, die Gesamtzahl daher in Wirklichkeit wahrscheinlich höher ist. Es spielt deshalb auch der Umstand keine Rolle, daß eine Reihe von Wiederholungen mir zweifellos entgangen ist, da schon wiederholte Anzeigen als erstmalige gewertet wurden, wenn ihr tatsächliches Erscheinen vor der Beobachtungszeit lag, die gefundenen Zahlen für untere Grenzwerte also vielleicht um ein geringes zu hoch sind. Diese statistische Auslese kommt jedoch auch deshalb kaum ernstlich in Frage, da sich nur acht Wiederholungen unter den männlichen Anzeigen fanden, also 1,8 Proz., unter den weiblichen sogar nur 1,4 Proz., nämlich vier doppelt erschienene Gesuche, eine verschwindend geringe Zahl, die keinen wesentlichen Einfluß auszuüben vermag. Exakte Angaben über die Zahl der durch Zeitungsanzeigen zustande gekommenen Ehen werden sich aber kaum erbringen lassen, da sich die Paare fast stets einzugestehen weigern, auf welchem Wege sie sich gefunden haben. Wir sind deshalb lediglich auf Schätzungen angewiesen, die je nach dem persönlichen Empfinden des einzelnen höher oder niedriger ausfallen werden. Ich möchte mich deshalb auf zahlenmäßige Angaben gar nicht einlassen, sondern nur so viel aus der ungeheuer großen Anzahl der Heiratsgesuche schließen, daß ein sehr beträchtlicher Prozentsatz der Ehen durch die Zeitung vermittelt wird.

(Schluß folgt in Heft 5.)

Prinzipienfragen bei den Gesetzentwürfen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. med. Dreuw in Berlin.

In Jahrg. 1921, S. 325 dieser Zeitschrift veröffentlicht Dr. Christian zwei Gesetzentwürfe und kommt zu dem Resultat, daß der „Regierungsentwurf“ vom 10. März 1920[1]) abzulehnen und der „Entwurf Schirmacher“ anzunehmen sei, daß die Beratungsstellen zweck- und nutzlos seien, und daß nur ein auf dem Prinzip der von mir zuerst betonten „allgemeinen, gleichen, diskreten Anzeige- und Behandlungspflicht“ basierendes Gesetz wirklichen Nutzen schaffe. Er erwähnt die Entschließung der „Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene“, die ebenso wie der „Kölner bevölkerungspolitische Kongreß“ und die „Preußische Landesversammlung“ dieses Prinzip des „Diskretionismus“ beschlossen haben. Wenn in dem Aufsatz von Dr. Christian der „Entwurf Schirmacher“ mit fast allen Gesetzesparagraphen wörtlich angeführt ist, so sei bemerkt, daß dieser Entwurf[2]) von Frau Dr. Schirmacher als M. d. N. auf meinen Wunsch hin, da ich nicht Mitglied des Parlaments war, der Nationalversammlung als Reichstagsdrucksache Nr. 3 vorgelegt wurde, daß er aber von mir entworfen und begründet und nach vielen Änderungen schließlich in die vorliegende Form gebracht worden ist.

Die Behauptung der Gegner, der Diskretionismus sei in der Praxis undurchführbar, ist irrig. Weder die Kosten- noch die Arbeitsfrage kann ein Hindernis sein. Ich darf bei der Wichtigkeit dieser Frage für das gesamte Volkswohl (haben wir doch analog der englischen und französischen Statistiken [25 Proz. Geschlechtskranke!] damit zu rechnen, daß auch bei uns etwa 10 bis 15 Millionen Geschlechtskranke, von denen etwa 90 Proz.

[1]) Als Entwurf (Reichstagsdrucksache Nr. 3523) vom 9. Februar 1922 soeben mit geringen Abänderungen des Entwurfs vom 10. März 1920 dem Reichstage überreicht.

[2]) Ausführlich abgedruckt und begründet in meinem Buch „Die Sexualrevolution. Der Kampf um die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.“ 528 S. Leipzig, Verlag Ernst Bircher.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich nach einer Hamburger Statistik der antisyphilitischen Behandlung entziehen, was auch dadurch bewiesen wird, daß nach Dr. Hodann von 40 Patienten einer Beratungsstelle nur einer den Wünschen der Ärzte entsprechend sich wieder einfand) wohl auf ein Land hinweisen, wo die Anzeigepflicht in einem Spezialgesetz von 31 Paragraphen durchgeführt ist, das immer als Vorbild für diese Fragen bei uns in Deutschland angegeben wird, und das zur Verminderung der Geschlechtskrankheiten bedeutend beigetragen hat. Ich meine das schwedische Gesetz vom Juni 1918. Hier ist ein Funktionieren des Apparates der Anzeigepflicht nachgewiesen, und es ist von Wichtigkeit, das zu rekapitulieren, was anläßlich der Besprechung meines Buches über meine Idee des Diskretionismus ein so kompetenter Beurteiler, wie der Direktor des Stockholmer hygienischen Universitätsinstituts, Prof. Dr. Alfred Pettersson, schreibt: „Der Dreuwsche Diskretionismus stimmt im wesentlichen überein mit den in Schweden geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Der hauptsächlichste Unterschied dürfte darin liegen, daß nach Dr. Dreuw die Überwachung darüber, daß die Geschlechtskrankheiten genügend behandelt werden, einer besonderen Gesundheitsbehörde übertragen will, während unsere Gesetze dem Arzt diese Arbeit übertragen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß die Erfahrungen ergeben werden, daß dem Dreuwschen Vorschlag der Vorzug zu geben ist. Dreuws Vorschlag hat keine Bestimmungen, welche Schritte zu tun sind, um den Quellen der Infektion nachzustöbern. Für den Arzt können die Vorschriften des schwedischen Gesetzes in genannter Hinsicht unzweifelhaft sehr unangenehm sein. Seine unbedingte Pflicht, das anzumelden, was er erfahren hat über den Ursprung der Infektion, bringt sein Pflichtgefühl sicherlich manchmal in Konflikt mit seinem berechtigten Wunsch, nichts zu verraten, was der Patient ihm anvertraut hat. Um einen solchen Konflikt zu vermeiden, sollte wohl kaum etwas anderes möglich sein, als daß der Arzt gleich von vornherein den Patienten benachrichtigt, daß er in bezug auf den Ursprung der Infektion nur so viel mitteilen soll, was er selbst wünscht, daß mitgeteilt wird. Für alle, die Interesse zeigen an der Bekämpfung der weiteren Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, eine der wichtigsten sozialen Fragen unserer Zeit, ist das Dreuwsche Werk von großer Bedeutung." (Übersetzung aus dem Schwedischen.)

Und was die Millionen betrifft, die der Plan verschlingen soll, so ist auch dies nicht zutreffend. Denn die Sittenpolizei mit ihren vielen Beamten und Gebäuden wird abgeschafft, ferner die Bordellwirtschaft und die Beratungsstellen, die völlig versagt haben usw. usw., und alle diese Kosten würden nur für die Beaufsichtigung aller, arm und reich, Mann und Weib, verwandt werden, damit endlich die Klassenhygiene aufhört. Der Frankfurter Prof. Max Flesch hat ausgerechnet, daß einer der meist beschäftigten Dermatologen Frankfurts mit einem Tageszugang von mindestens 3 bis 4 Fällen zu rechnen habe, das gäbe auf ein Jahr etwa 1200 und für etwa 40 Fachärzte etwa 50 000. Dazu käme, was sich noch bei den praktischen Ärzten und bei Heilinstituten und Nichtapprobierten, also vielleicht die gleiche Zahl, behandeln läßt. Es wäre unbestreitbar, daß wir da auf eine Zahl kämen, die kein vernünftiger Mensch für möglich halten würde: in einer Stadt von etwa einer halben Million Einwohnern kämen im Jahre 100 000 Zugänge von Geschlechtskranken! (Und doch ist dies möglich, ja

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sogar wahrscheinlich, analog den englischen und französischen Statistiken.) Das wäre ein Tageszugang von rund etwa 330 zu registrierenden Meldungen, Arbeit für etwa zwei Beamte. Selbst unter dem heutigen tatsächlichen Arbeitstag von 6½ Stunden würden sie das nach Ansicht von Fachleuten des Registraturwesens leicht bewältigen können. Für die Weiterbearbeitung aber käme ja nur ein Bruchteil dieser Meldungen in Betracht. Also auch die Kostenfrage und die Arbeitsfrage kann ebenso wie die Praxis in Schweden der Durchführung des Diskretionismus nicht hinderlich sein.

Wenn S. 337 Dr. Christian sagt, der diskretionistische Entwurf bedürfe noch der Ergänzung der Zuständigkeit des Gesundheitsamts, des Pflegeamts und der Polizei, so ist diese Ergänzung als § 12a in meiner „Sexualrevolution", S. 190, erwähnt. Der von Dr. Christian S. 334 erwähnte § 12 hat dort folgende Fassung:

„§ 12. a) § 361, 6 des Strafgesetzbuches wird aufgehoben. Statt dessen wird ein völlig von der Polizei losgelöstes Pflegeamt eingerichtet, dem neben einem Arzt noch eine vorgebildete Fürsorgerin vorgesetzt sind. Dieses beschäftigt sich mit den sozialen, wirtschaftlichen und ethischen und moralischen Verhältnissen der Gewerbsmäßigen, die dem Gesundheitsamt die Nennung ihres Namens an das Pflegeamt gestatten oder durch das Gesundheitsamt sich daran wenden. Diesen steht es mit Rat und Tat zur Seite. Die Pflegeamtsvorsteher haben das Recht, die Abteilungen der Fürsorge- und Erziehungsanstalten zu kontrollieren, in denen Gewerbsmäßige untergebracht sind.

b) Dem § 180 des Strafgesetzbuches werden die Worte zugefügt: »Diese Vorschrift findet keine Anwendung auf das Gewähren von Wohnung an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn damit kein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, noch ein Anwerben oder Anhalten dieser Person zum gewerbsmäßigen Geschlechtsverkehr verbunden ist.«

c) Das Reichsgesetz vom 11. Dezember 1918 wird aufgehoben."

Eine besondere Besprechung erfordert noch der § 14 und § 15, die (s. diese Zeitschrift 1921, S. 334) lauten:

„§ 14. Wer über 18 Jahre alt ist und gewohnheitsmäßig gegen Entgelt mit einer Mehrzahl von Personen, d. h. gewohnheitsmäßig und gewerbsmäßig Geschlechtsverkehr ausübt, auch wenn dies neben dem eigentlichen Beruf geschieht, ist bei einer Strafe von mindestens drei Monaten Gefängnis verpflichtet, laut § 15 jede Woche dreimal auf Staatskosten ein Attest einzureichen. In allen öffentlichen Tanzlokalen und sonstigen Lokalen, in denen vermutungsweise Gewerbsmäßige verkehren, ist ein Auszug dieses Gesetzes durch Wandanschlag zu veröffentlichen.

Wer dringend verdächtig ist, daß er gegen Entgelt mit einer Mehrzahl von Personen gewerbsmäßig Geschlechsverkehr ausübt, ohne daß er dies dem statistischen Gesundheitsamt mitgeteilt hat, wird, falls der gewerbsmäßige Verkehr in einem anhängigen Gerichtsverfahren rechtskräftig bestätigt wird, von dem statistischen Gesundheitsamt dem zuständigen Kreisarzt gemeldet. Diesem werden ebenfalls alle bisher wegen Gewerbsunzucht inskribierten weiblichen Personen und solche, die sich freiwillig melden, mitgeteilt. Gewerbsmäßige unter 18 Jahren, auch solche, welche den begründeten Verdacht der Gewerbsmäßigkeit erwecken, werden vom Gericht zwecks weiterer Veranlassung dem Pflegeamt überwiesen, dem sie bis zur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erreichung der Volljährigkeit, mindestens aber zwei Jahre, unterstellt sind und das sie gegebenenfalls einer Fürsorgeerziehungsanstalt überweist. Das Gericht kann im Vorverfahren nach Prüfung und Begründung Anträge auf ein Verfahren zur Feststellung des gewerbsmäßig ausgeübten Geschlechtsverkehrs wegen ungenügender Begründung rechtskräftig ablehnen. Die Gewerbsmäßigen bleiben als solche so lange beim Statistischen Amt namentlich aufgeführt, bis sie nachweislich drei Monate lang einem geordneten bürgerlichen Erwerb nachgegangen sind oder sonst glaubhaft machen, daß sie keinen gewerbsmäßigen Geschlechtsverkehr mehr ausüben. Den sie behandelnden Ärzten ist verboten, höhere als die amtlich festgesetzten Gebühren oder sonstige Einnahmen von ihnen zu erzielen.

§ 15. Die Gewerbsmäßigen haben sich auf Staatskosten dreimal wöchentlich untersuchen zu lassen und bis zu jedem Montag, Mittwoch und Freitag abend ein Gesundheitszeugnis eines attestierfähigen Arztes an die Adresse des Kreisarztes der Post zu übergeben. Ist dieses bis Dienstag, Donnerstag und Sonnabend abend nicht eingelaufen, so können sie ohne weitere Mahnung zwangsweise einem Krankenhause oder Arzt auf ihre Kosten zugeführt und bei vorsätzlicher oder fahrlässiger Nichtabsendung des Zeugnisses mit Haft nicht unter sechs Wochen bis zu drei Monaten bestraft werden. Krank befundene Gewerbsmäßige werden vom Arzt auf Staatskosten, in besonderen dringenden Fällen telephonisch oder telegraphisch dem Kreisarzt namentlich mitgeteilt, der auf Staatskosten, auf Wunsch auch auf ihre Kosten die Überführung in ein Krankenhaus anordnet. Die Nichtbefolgung der Anordnung des Arztes, ein Krankenhaus unmittelbar nach der Untersuchung aufzusuchen, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr, jedoch nicht unter drei Monaten bestraft.

Bei Überfüllung der Krankenhäuser kann ausnahmsweise ambulatorische Behandlung angeordnet werden. Dies ist dem Gesundheitsamt unter Begründung mitzuteilen. Arzneimittel und Gegenstände der Krankenpflege werden in diesem Falle auf Staatskosten geliefert.

Die Gewerbsmäßigen haben jeden Wohnungswechsel spätestens zwei Tage nach dem Wegzug dem bisherigen und dem neu zuständigen Kreisarzt zu melden."

Da namentlich Blaschko, Pinkus, v. Düring u. a. schreiben, daß auf diese Weise wiederum die Reglementierung eingeführt würde, was natürlich nicht der Fall ist, da diese eine polizeiliche Überwachung auf Grund eines diffamierenden Ausnahmegesetzes ist, so sei, da man namentlich auf die Frauenbewegung mit dieser falschen Behauptung einwirken wollte, das folgende erwähnt:

Dieser Paragraph enthält den Begriff der „Prostituierten" und gebietet, daß jede Prostituierte, da sie nur mit dem diskreten Gesundheitsamt zu tun hat, sich diesem ebenso meldet wie ein sonstiger Geschlechtskranker. Es geht nicht an, den freien Bürgern aufzuerlegen, ihre Geschlechtskrankheit diskret zu melden, daß aber die Prostituierten, die nach meinen Erfahrungen ständig als geschlechtskrank in praktischer Hinsicht gelten müssen, sich nicht zu melden brauchen, wie es die strenge Richtung der Abolitionisten wünscht, also nicht einsieht, daß ihre Auffassung nur zu Recht bestand, solange die Prostituierten unter einem Polizei-Ausnahmegesetz, das ihre Menschenwürde degradierte, standen. Mit der „Abschaffung" allein wird

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kein hygienischer Effekt erzielt. Und eine umfassende Anzeigepflicht ist demokratisch und gerecht. Da Nachteile aus der Selbstmeldung oder der Meldung seitens des Arztes für die Prostituierte nicht erwachsen, so muß der Staat, der meines Erachtens die losgelassenen Prostituierten nicht in gesundheitlicher Beziehung schalten und walten lassen darf[1]), gleichsam Bürge sein, da sie ständig krank sind, daß sie ebenso wie andere Geschlechtskranke dem Gesundheitsamt als solche bekannt sind, bis sie durch Ergreifen eines ehrlichen Erwerbes als Dauererkrankte nicht mehr gelten. Ebenso wie ein erkannter Typhusbazillenträger, der dauernd Typhusbazillen absondert, im Gesetz anders aufgefaßt werden muß, wie ein nach sechs Wochen geheilter, so auch auf die Dauer erkrankte Prostituierte. Nur eine strenge Strafandrohung wird die Prostituierten und die sonstigen Erkrankten bewegen, sich zu melden. Denn wenn schon von 40 Patienten einer Beratungsstelle nach Dr. Hodann (man muß dies immer wieder und wieder erwähnen) bloß einer sich behandeln ließ, weil die Beratungsstelle keine Gewalt über sie hatte, so wird dies bei den Prostituierten erst recht so gehen. Eine zügellose Freiheit, wie sie der linke Flügel der Abolitionisten, die — wohlgemerkt, nur in hygienischer Hinsicht — abbauen, aber nicht gesundheitliche (alle anderen guten Bestrebungen erkenne ich an) Aufbauarbeit leisten, will, liegt nicht im Interesse eines Staates, der rebus sic stantibus im Laufe der Jahre zugrunde gehen müßte, wenn er die Hauptträger der Verbreitung der Krankheit, die Prostituierten, gesundheitlich völlig unbeaufsichtigt läßt. Man sage mir, wie man eine kranke Prostituierte ohne Zwang heilen will? Bisher wurden die Prostituierten in Berlin zweimal untersucht, aber zum Arzt können sie meines Erachtens dreimal gehen zwecks Absendung des Kartenbriefes. Der Aushang des Gesetzes in allen Tanzlokalen würde (namentlich wenn der Staat systematisch die Aufklärung schaffen würde, daß den Prostituierten nichts geschieht, daß der Staat nur verlangt, sich bis zur Heilung behandeln zu lassen) dazu beitragen, die Furcht der Prostituierten, die sie seit über 100 Jahren verfolgt, durch Vertrauen zu ersetzen. Die Befürchtung Prof. v. Dürings, hier käme die Reglementierung, d. h. ein diffamierendes Polizeiausnahmegesetz, das nach Schmölder schlimmer ist als die Verbannung nach Sibirien, wieder, ist unbegründet. Die Polizei bleibt ja gänzlich ausgeschaltet. Diese Art der diskreten und von jedem Arzt durchzuführenden Überwachung bedeutet für die Prostituierte also das, was für andere Bürger die Krankenversicherung ist. Ohne polizeiliche Aufsicht gibt es keine Reglementierung. Würde die Prostituierte, wie es in Schweden ist, frei herumlaufen können (s. Markus), so träte das umgekehrte ein wie jetzt. Die Anzeigepflicht wäre dann ein Ausnahmegesetz gegen die anderen Bürger, die sich, wenn krank, melden müßten, während die immer kranke — dies kann nicht genug betont werden — Prostituierte sich nicht zu melden brauchte, zumal sie, wenn sie als solche dem Gesundheitsamt nicht bekannt ist, erfahrungsgemäß schon alles versuchen würde, um, wenn akut krank, eine Meldung zu hintertreiben. Die Prostituierte muß einer rein sanitären Behörde, nicht jedoch der Polizei bekannt sein. Daher handelt es sich hier nicht um Reglementierung, sondern um eine rein sanitäre Überwachung. Und diese ist berechtigt bei

[1]) Siehe S. 361 bis 362 meiner „Sexualrevolution", Bemerkungen Dr. Markus, über das schwedische Gesetz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jedem, der dem Staate verderblich wird. Bei den Prostituierten ist es selbstverständlich notwendig, daß der Kreisarzt, der meines Erachtens für die Prostituierte der Vertreter des Gesundheitsamtes ist, ihren Namen kennt, damit er, falls sie das Krankenhaus nicht aufsuchen, dem Befehl des Arztes mit seinen Machtmitteln Geltung verschaffen kann. Das Pflegeamt nimmt sich der Minderjährigen an. Es ist unerläßlich, daß die behandelnden Ärzte, damit die an und für sich zur Bestechung neigenden Prostituierten zu den Ärzten in keinerlei geldliche Beziehung treten dürfen, von diesen kein Geld annehmen dürfen. Die Abrechnung findet mit dem Fiskus statt. Der Arzt kann dann zu den Prostituierten in kein Abhängigkeitsverhältnis geraten.

Zu § 15. Die Angabe im Gesetze selbst, daß bis zum Montag, Mittwoch und Freitag abend das Gesundheitszeugnis der Post übergeben werden muß, soll die Prostituierte veranlassen, daß sie der gesetzlichen Pflicht ebenso wie jede andere erkrankte Bürgerin unbedingt präzise — das ist wichtig — nachkommen müssen. Durch diese Bestimmung ist jeder Ausflucht vorgebeugt. Jeder Polizeiarzt weiß, daß die Prostituierten trotz geschlechtlicher Erkrankung ihrem Berufe gern weiter nachgehen wollen. Da Deutschland wegen seiner Verarmung demnächst von Prostituierten aller Art übervölkert sein wird — in dem kleinen Koblenz mußte ein Prostituiertenkrankenhaus von etwa 600 Betten errichtet werden, da aus ganz Deutschland die verarmten Mädchen zu den reichen amerikanischen Soldaten reisen —, so kann der streng abolitionistische Standpunkt dem gesundheitlichen Schlendrian dieser Klasse von Gemeingefährlichen gegenüber nicht innegehalten werden. Mit Reglementierung, wie die Gegner suggerieren möchten, die sowohl die Abolitionisten als auch ich selbst abschaffe, weil ich praktischer Abolitionist, d. h. Gegner der weißen Sklaverei bin, hat diese gesundheitliche diskrete Überwachung nichts mehr gemein. Eine völlige Gleichstellung aller Geschlechtskranken muß erfolgen, wobei die gefährlicheren, d. h. die Prostituierten, eben ihren höheren Gefahrengraden entsprechend nur häufiger ihre Meldung zu machen haben und bei der Erkrankung sofort dem Krankenhause überwiesen werden müssen. Der Arzt muß in solchen Fällen das Recht haben, den Kreisarzt auf die Befolgung seiner Anordnungen hinzuweisen, da erfahrungsgemäß keine Prostituierte gern ohne Strafandrohung ein Krankenhaus aufsucht. Abolitionismus heißt Abschaffung der polizeilichen Sklaverei, aber nicht Nihilismus dem Laster und seinen Gefahren gegenüber. Die Abschaffung der Diffamierung des weiblichen Geschlechts ist durch meine Vorschläge voll und ganz erzielt. Die sogenannten positiven Aufgaben des Abolitionismus waren mehr pflegelicher als sanitärer Natur, nur der Diskretionismus schafft die Reglementierung ab und sorgt für einen menschenwürdigen Ersatz ohne Ausnahmegesetze.

Zu Abs. 2. Die ambulatorische Behandlung war in Berlin schon eingeführt, derart, daß einige Prostituierte, die weniger gefährlich waren, wöchentlich ein Gesundheitszeugnis einschickten. Da aber der ominöse § 361, 6 (Sittenpolizei) bestand, so war es wegen der damit verbundenen Polizeisklaverei nicht möglich, einen Erfolg zu erzielen.

Wenn es in der Begründung des Gesetzentwurfes vom 9. Februar 1922 heißt, im Jahre 1907 habe man den Dirnen Gelegenheit gegeben, in öffentlichen Sprechstunden sich behandeln zu lassen, sie hätten sich aber nicht dazu gemeldet, so ist dies erklärlich, da der § 361, 6 (Sittenpolizeiparagraph)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine solche Meldung einfach unmöglich machte. Denn die Sittenpolizei ist eine moderne Sklaverei, der sich, auch wenn ihm versprochen wird, es passiere ihm nichts, niemand gerne nähert. Aber ich habe als Polizeiarzt beobachten können, daß sich die bereits Inskribierten darum rissen, die Erlaubnis zu bekommen, beim Privatarzt oder in Ambulatorien auf eigene oder Staatskosten untersucht zu werden und dies durch ein Formular jede Woche mitzuteilen. Schafft man also die weiße Sklaverei ab und ersetzt sie durch meinen Diskretionismus, so steht nichts im Wege, daß die „Heimlichen" endlich auch erfaßt werden. Denn sie werden bald sehen, daß das Gesundheitsamt sie in humaner Weise kontrolliert und sie werden daher Vertrauen zu dieser rein ärztlichen Behörde fassen, die ja nur rein ärztlich ohne Polizei von ihnen wie von jedem anderen Bürger den Nachweis der Gesundheit verlangt, wenn sie erkrankt sind, ohne daß sie entrechtet sind. Da auch der § 180 abgeändert ist, so daß sie keine Schwierigkeiten mehr mit ihrer Wohnung haben, so ist die Grundlage dazu gegeben, das zu erfüllen, was Dr. Markus verlangt, nämlich eine diskrete rein gesundheitliche Beaufsichtigung auch der heimlichen Prostitution an Stelle des Vakuums, das durch den Abolitionismus als solchen entsteht.

Zu Abs. 3. Die nur dem Gesundheitsamt, nicht der Polizei, bekannten Prostituierten müssen natürlich dem Gesundheitsamt ihren Wohnungswechsel mitteilen, da sie erfahrungsgemäß von einer Stadt zur anderen wandern, um sich der Krankenhausbehandlung zu entziehen.

Zu § 15 sei bemerkt, daß Dr. Markus, der Mitschöpfer des schwedischen Gesetzes vom 20. Juni 1918 sagt, daß die daselbst eingeführte Nichtüberwachung der Prostitution, d. h. das laisser faire, laisser aller diesen staatsgefährlichen Personen gegenüber in sanitärer Beziehung eine „Resignation" bedeute und daß dies nur ein Kompromiß gewesen sei, daß es aber „weder unmöglich noch unwahrscheinlich sei, ein solches System, das sowohl den medizinischen als moralischen ästhetischen Anforderungen (dies System ist in meiner Dreiteilung: diskretes Gesundheitsamt, Polizei[ausschaltung] und Pflegeamt gefunden) entspricht, zu finden." „Dann", so sagt er, „dürfte wahrscheinlich das neue schwedische Gesetz durch Bestimmungen in der angedeuteten Richtung ergänzt werden."

Und Prof. Petterson erklärt, daß der Diskretionismus wahrscheinlich eine Verbesserung für Schweden bedeute.

Zum Schluß noch eine formelle Richtigstellung! Der Entwurf der Regierung vom 10. März 1920 (gez. Koch) ist nicht, wie S. 328 Dr. Christian meint, der Nationalversammlung vorgelegt worden, sondern dem Reichsrat, wo er beraten wird. Wie Dr. Quarck, der auch die Begründung wörtlich (Gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Berlin, Verlag Engelmann) veröffentlicht hat, schreibt, will man den Gesetzentwurf sabotieren. Er ist nie an den Reichstag oder die Nationalversammlung gekommen und der Öffentlichkeit nur dadurch bekannt geworden, daß ich ihn am 31. März 1920 im „Roten Tag" einfach brevi manu veröffentlicht habe, da ich auf dem Standpunkt stehe, daß die Absichten der Regierung und der sie beratenden D. G. B. G. nicht früh genug zur öffentlichen Diskussion gestellt werden können. Der Verlauf hat mir recht gegeben. Audiatur et altera pars.

Anmerkung bei der Korrektur. Die Auffassung des früheren Mitgliedes der Nationalversammlung Dr. Quarck hat sich nicht bewahrheitet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Denn nach 2 Jahren ist (Mitte Februar 1922) der „Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nebst Begründung“ vom 9. Februar 1922 dem Reichstag vom Reichsrat zugegangen. Er stimmt, abgesehen von kleinen unwesentlichen Änderungen im großen und ganzen mit dem von mir im März 1920 veröffentlichten Regierungsentwurf vom 10. März 1920 [1]) überein. Er enthält 16 Paragraphen, während der ursprüngliche nur 15 enthielt. Als § 5 ist nämlich noch ein die Ehe schützender Paragraph eingeschaltet worden. Im übrigen enthält er als leitendes Prinzip die sogenannte „beschränkte Anzeigepflicht“, die allzuleicht zur Anzeigewillkür der Ärzte ausarten kann.

Ist nach diesem Entwurf jemand geschlechtskrank oder befürchtet er es zu sein, so ist er „verpflichtet (ob er Geld dazu hat oder nicht, darüber sagt der Entwurf nichts), sich von einem approbierten Arzt behandeln zu lassen“. Daß er verpflichtet ist, dem Arzt, eventuell unter Vorzeigen eines Ausweises, seinen richtigen Namen unter Strafandrohung zu sagen, erwähnt der Entwurf nicht. Der Arzt „klärt ihn nun laut § 7 (früher § 6) über die Art der Krankheit und die Ansteckungsgefahr auf und händigt ihm ein amtlich genehmigtes Merkblatt aus“. Dann ist der Arzt, der aber auch bloß Mensch und allen möglichen Versuchungen unterworfen ist, laut § 8 (früher § 7) gehalten zu überlegen, ob nicht gerade dieser „Patient“ infolge seines Berufes oder seiner (dem Arzt ja gar nicht bekannten) persönlichen Verhältnisse andere besonders gefährdet.“ Kommt er zu diesem Ergebnis, was natürlich, da fast jeder Geschlechtskranke eine große Gefahr darstellt, wenn er unparteiisch denkt, in nahezu 100 Proz. der Fälle geschehen müßte, dann ist er, ebenso „wenn der Patient sich der ärztlichen Behandlung entzieht (was der Arzt kaum feststellen kann), verpflichtet, den Patienten der sogenannten Beratungsstelle zu melden“. Der Patient ist nunmehr verpflichtet, „den Weisungen derselben (Beratungsstellen) Folge zu leisten“. Folgt er nicht, so „hat diese der in § 3 bezeichneten Gesundheitsbehörde Kenntnis zu geben“. Wer diese Gesundheitsbehörde ist, ob die Polizei usw., wird nicht gesagt. Aber diese Gesundheitsbehörde hat laut § 3 folgende Rechte: „Sie kann nach Belieben Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein, und diese Krankheit weiter zu verbreiten, anhalten, ein von einem behördlich dazu ermächtigten Arzt ausgestelltes Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorzulegen oder sich der Untersuchung durch einen solchen zu unterziehen. Sie kann alle Patienten, die geschlechtskrank sind, oder auch nur verdächtig sind, die Krankheit zu verbreiten, zwangsweise einem Heilverfahren unterziehen, sie zwangsweise in ein Krankenhaus verbringen, wenn dies zur Verhütung der Krankheit erforderlich erscheint.“

Daß in dieser den Beratungsstellungsstellen [2]), selbst wenn, was nicht der Fall, diese sich bewährt hätten, zugewiesenen Aufgaben allzuleicht die

[1]) Veröffentlicht in dieser Zeitschrift 1921, S. 328 und ausführlich kritisch begründet in meinem Buch „Die Sexualrevolution“, S. 196 bis 200.

[2]) Prof. v. Zumbusch (München), Direktor der Universitätsklinik, bespricht in Nr. 13 der „Münchener med. Wochenschrift 1922“ den Gesetzentwurf. Der letzte Absatz seines Referates bringt zusammenfassend folgendes Urteil: „Die drei letzten Paragraphen bestimmen, daß Beratungsstellen errichtet werden müssen, daß ihr Wirkungskreis von Reichs wegen geregelt wird und daß die Länder die Kosten aufzubringen haben. Da diese Dinge nicht medizinischer Natur sind, möchte ich mir nur ein paar ganz kurze Fragen erlauben. Ist sich der, welcher das Gesetz verfaßt hat, klar, was die Sache kostet? Es gibt nämlich bisher noch keine Beratungsstellen, wie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gefahr einer ärztlichen Willkür liegt und auch die der Verdächtigung durch liebe Mitmenschen, läßt sich nicht leugnen.

Außer dem Hinzufügen des oben erwähnten § 5 hat der Reichsrat zu dem Regierungsentwurf vom 10. März 1920, der die Sittenpolizei abschaffte, noch einen Zusatz gemacht, wonach die Sittenpolizei nicht abgeschafft werden soll. Die Reichsregierung erklärt demgegenüber, daß sie an ihrem Entwurf, d. h. der Abschaffung der Sittenpolizei, festhalte. Dieser Versuch des Reichsrates, die Sittenpolizei („weiße Sklaverei") anstatt sie aufzuheben, bestehen zu lassen, wird besonders in der gesamten deutschen Frauenbewegung ein großes Echo wachrufen.

Auch die Preußische Landesversammlung und der Kölner Bevölkerungspolitische Kongreß, die beiden sozialistischen Fraktionen, die Deutschnationale Volkspartei usw. sind früher schon für die allgemeine, gleiche, diskrete Anzeigepflicht eingetreten. Am 23. März 1922 die Vereinigung der Ärztinnen, Juristinnen und Nationalökonominnen.

Es steht also zu erwarten, daß vor der endgültigen Regelung des Gesetzes sowohl in der Öffentlichkeit wie im Parlament noch ein starker Meinungskampf ausgefochten werden wird, der sich vor allem auch erstrecken dürfte auf die Frage, ob beschränkte oder allgemeine Anzeigepflicht für Geschlechtskranke durchgeführt werden soll, welch erstere schon von 1835 bis 1905 [1]) in Preußen Gesetz war und 1905 aufgehoben wurde, weil sie völlig versagt hat. Hierbei sei ausdrücklich vermerkt, daß der Medizinalvertreter Preußens im Reichstage laut Beschluß des Preußischen Landtages vom 25. Februar 1920 bei der Beratung des Gesetzes u. a. für die folgenden Beschlüsse Nr. 1 bis 5 des Landtages eintreten und sie begründen muß:

1. Pflegeamt: Die polizeiliche Reglementierung der gewerbsmäßigen Unzucht ist zu beseitigen. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und zur Überwachung der Prostitution ist die bisherige Sittenpolizei unter völliger Loslösung von der Kriminalpolizei in ein ausschließlich gesundheitlichen und pfleglichen Zwecken dienendes Amt umzuwandeln, an dem neben einem Arzt eine sozial vorgebildete Fürsorgerin arbeiten soll.

---

in der Begründung in vollkommen unrichtiger Weise behauptet wird. Das was nämlich jetzt an Beratungsstellen existiert und was die Begründung erwähnt, sind rein private Anstalten, welche von den Landesversicherungsanstalten erhalten werden. Diese Anstalten sind weder ihrem Ausmaß und ihrer Einrichtung nach in der Lage, die ihnen zugedachten Aufgaben zu übernehmen, noch werden die Landesversicherungsanstalten ihr sauer mittels Invalidenmarken zusammengeklebtes Geld dazu hergeben, um das Reich zu entlasten; besonders gering dürfte ihre Lust sein im Hinblick auf den Inhalt des Gesetzes. Dies werden wohl alles die Bundesstaaten übernehmen müssen zum Dank dafür, daß man ihre meist viel besseren Vorschriften abschafft und ihnen ein Gesetz aufzwingt, welches in wenig Jahren so viel Unheil stiften kann, daß man ein Jahrhundert zur Behebung der Schäden braucht. [Prof. v. Zumbusch ist überzeugter Anhänger der allgemeinen diskreten Anzeigepflicht (Münchener med. Wochenschrift 1916, Nr. 48), trat mit der Breslauer und Berliner Dermatologischen Gesellschaft und sämtlichen Universitätsdermatologen (s. Mitteil. der D. G. B. G., Bd. 18, S. 75) gegen die allgemeine und für die beschränkte Anzeigepflicht ein. Dr. D.]

[1]) Dieses besagte: „Anzeige an die Polizeibehörde muß bei einer Strafe von 5 Thalern erfolgen, wenn nach dem Ermessen des Arztes nachteilige Folgen für den Kranken selbst und für das Gemeinwesen zu befürchten sind (§ 65)." Hierüber schreibt das Ehrenmitglied der privaten D. G. B. G., Ministerialdirektor Kirchner, der das Regulativ 1900 noch in Tätigkeit sah: „Diese Art hat große Bedenken. Sie ist in das Ermessen des Arztes gestellt und von Bedingungen abhängig, deren Vorhandensein oder Fehlen der Arzt in vielen Fällen gar nicht beurteilen kann. Sie ist weder Fisch noch Fleisch. Der Arzt bekommt eine Verantwortung, die er eigentlich gar nicht tragen kann. Meines Wissens hat kein Arzt jemals diese Anzeigepflicht beachtet."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Behandlungspflicht: Für alle Geschlechtskrankheiten besteht eine Behandlungspflicht, wie sie im Gesetzentwurf eines Reichstagsausschusses für Bevölkerungspolitik festgelegt worden ist.

3. **Anzeigepflicht: Es ist eine Anzeigepflicht für alle Geschlechtskranken ohne Namensnennung an ein zum strengsten Stillschweigen verpflichtetes Gesundheitsamt einzuführen, das die Kranken registriert, daß ihre Namen, wenn nötig durch Nachfrage bei dem behandelnden Arzt, aus dem von ihm zu führenden Krankenjournal festgestellt werden können.**

4. Behandlungsrecht: Allgemeine unentgeltliche Behandlung aller Geschlechtskranken unter Ausschluß mißbräuchlicher Ausnutzung. Die Kosten gehen zu Lasten des Landes. Es darf kein Rückgriff auf die Heimatgemeinde erfolgen. Die Leistung darf nicht als armenrechtliche gelten.

5. Gesundheitsnachweis: Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, sind verpflichtet, bei einer von der Kreisbehörde zu bestimmenden Stelle den Nachweis zu erbringen, daß sie unter regelmäßiger gesundheitlicher Beaufsichtigung eines mit den nötigen Fachkenntnissen versehenen, behördlich zugelassenen Arztes stehen.

Die Nichtachtung dieser Bestimmung wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Andere Personen, die geschlechtskrank sind und bei denen die Gefahr besteht, daß sie ihre Krankheit weiterverbreiten, können angehalten werden, eine ärztliche Bescheinigung über ihren Gesundheitszustand beizubringen, oder sich einer vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Sie können, erkrankt befunden, angehalten werden, bis zur erfolgten Heilung nach Bedarf zu wiederholende ärztliche Bescheinigung über ihren Gesundheitszustand beizubringen.

Es ist von einer besonderen Bedeutung, daß der größte deutsche Staat, Preußen, für diese grundlegenden Änderungen, insbesondere Nr. 3, eingetreten ist.

Zum Schluß noch die Bemerkung, daß wir in Deutschland eine auch nur annähernd genaue Statistik nicht haben, die durch den Diskretionismus gewährleistet würde. In England gibt eine Königl. Kommission bekannt, daß 10 Proz. an Syphilis und noch mehr Prozent an Gonorrhöe und weichem Schanker, also etwa 25 Proz. krank sind. Das französische Kriegsministerium gibt ähnliche Zahlen, auch etwa 25 Proz. an. Und in Deutschland wird es nicht viel anders sein.

Das Desinfektionsverfahren mit Blausäure.

[Zusammenfassende Übersicht II*)].

Von Kreisarzt Dr. Wolf in Cassel.

Da die Anschauungen über die Verwendung der Blausäure und ihrer Derivate in der Desinfektion noch geteilt sind, wird es sich verlohnen, die reichhaltige Literatur kurz zusammenzustellen.

Nachdem am 6. Januar 1919 vom Preuß. Ministerium des Innern vor der Anwendung der Blausäure gewarnt war, wurde am 29. Januar 1919

*) I. vgl. diese Zeitschrift 1919, Nr. 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Verordnung der Reichsregierung das Verfahren verboten und nur der Heeres- und Marineverwaltung sowie den staatlichen Forschungsanstalten und dem Technischen Ausschuß für Schädlingsbekämpfung in den beigefügten Ausführungsbestimmungen freigegeben. Für Preußen wurde die Frage durch den Ministerialerlaß vom 5. Mai 1919 geregelt; an Stelle des Technischen Ausschusses trat gemäß Erlaß vom 2. Mai 1919 die Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung. Über die Anwendung der Blausäure bei der Reichswehr ist vom Kriegsministerium am 9. Juli 1919 eine genaue Dienstanweisung erlassen worden. Der Erlaß des Reichswehrministers vom 12. Dezember 1919 verbietet die Durchgasung von einzelnen Räumen in bewohnten Häusern.

Teichmann und Nagel[1]) berichten über ihre Versuche über die Einwirkung von Cyanwasserstoff auf Bakterien. Wilhelmi[2]) bespricht die Verwendung des Verfahrens in wasserhygienischer Hinsicht.

v. Skramlik[3]) spricht sich dahin aus, daß die Desinfektionswirkung der Blausäure — da sehr gering — für die Praxis nicht in Betracht kommt. Nagel[4]) empfiehlt das Formaldehyd-Ventox-Gasgemisch; Ventox ist ein Blausäurederivat + Reizstoff. Durch dies Verfahren soll infolge der einmaligen Vergasung mit einer Apparatur eine gleichzeitige Entkeimung und Entwesung erreicht werden.

Wagner[5]) berichtet über die Verwendung der Blausäure und verlangt bestimmte Vorsichtsmaßnahmen.

Hase[6]) weist auf die Verwendung der Blausäure wegen der wirtschaftlichen Bekämpfung der Ungeziefer- und Schädlingsbekämpfung hin.

Nach Schalke[7]) ist die Anwendung nur da gegeben, wo es sich um Sanierung von Schiffen, Mühlen, Speichern, weitläufigen Baracken usw. handelt und die Kosten eine untergeordnete Rolle spielen.

Bail[8]) verlangt, daß jeder behördlich zu genehmigenden Vergasung mit Blausäure eine genaue Untersuchung der örtlichen Verhältnisse vorhergehen soll, bei der die Zulässigkeit und die anzuwendenden Vorsichtsmaßregeln bestimmt werden.

Gassner[9]) berichtet ausführlich über das Verfahren, desgleichen Richter[10]) und Freymuth[11]).

Nach Rasch[12]) steht die Blausäure bei der Ungezieferbekämpfung an erster Stelle, während Freymuth[13]) die Frage verneint, ob man Blausäure auch zur Durchgasung von Wohngebäuden benutzen darf. Rasch[14]) folgert ferner aus seiner ausführlichen Darstellung, daß die Blausäure als Entwesungsmittel eine gewisse Volkstümlichkeit erlangt hat, und vor allem, daß mit einem allgemeinen Verbot nichts erreicht würde. Er macht einige Verbesserungsvorschläge zu dem v. Skramlikschen Gesetzentwurf. So hält er die Bestimmung, daß jede Vergasung behördlich genehmigt werden müsse, für überflüssig, desgleichen die Teilnahme der Polizei und eines Arztes; es genügt die daraus zu kontrollierende Vertrautheit des Personals mit Wiederbelebungsversuchen (Sauerstoffapparat). Das zugelassene Entleeren der Ablaugen in Aborten usw. ist zu verbieten. Die Wiederbenutzung von Wohnräumen und Kleidern ist vom Ausfall der Gasrestprobe abhängig zu machen. Die Anwendung reiner Blausäure in einzelnen Wohnungen oder Räumen bewohnter Gebäude muß grundsätzlich verboten werden. In den Vorschriften betreffend periodische Entwesung von Räumlichkeiten wäre

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweckmäßig statt „mit Blausäure“ zu setzen „mit einem behördlich anerkannten, zweckentsprechenden Mittel“.

Klostermann[15]) fordert, daß nur geprüfte und erfahrene Desinfektoren die besonders ausgebildet sind, Durchgasungen mit Blausäure und ihren Derivaten vornehmen dürfen und die Räume so lange unter Verschluß halten müssen, bis sie freigegeben werden dürfen.

Freymuth[16]) steht nach wie vor auf dem Standpunkt: „Fort mit der Blausäure in jeder Form und Gestalt aus menschlichen Wohnungen.“

Jäckel[17]) will Blausäure für Wohn- und Schlafräume in Mietshäusern ausgeschaltet wissen; dieselbe Forderung erhebt er[18]) an anderer Stelle.

Freymuth[19]) u. [20]) wiederholt seine Warnung vor der Verwendung der Blausäure in menschlichen Wohnungen auf Grund aller bisherigen Erfahrungen.

Schnutz[21]) schließt sich der Forderung von Jaeckel und Freymuth an.

Gilbricht[22]) verlangt allgemeines Verbot der Verwendung von Blausäure in Wohnräumen.

Herdt[23]) wendet sich gegen die Gilbrichtschen Ausführungen; richtig ist, daß die schweflige Säure ungefährlicher ist als Blausäure und ihre Derivate; dagegen ist noch nicht erwiesen, daß die schweflige Säure restlos alle Entwicklungsformen im praktischen Falle abtötet.

Lehmann[24]) äußert sich über die Wirkung der Blausäure folgendermaßen: Feuchte Räume, Polster, Stoffe, poröse Steine nehmen viel Blausäure auf, sie vermindern die Blausäurekonzentration und bilden durch nachträgliche Blausäureabgabe an den freigegebenen Raum eine schwere Gefahr, die anfangs unterschätzt wurde. Die Lüftung nach der Entwesung muß sehr gründlich betrieben werden. Die Fenster des unteren Geschosses sollen von außen, später — nach Durchlüftung des Untergeschosses — die der oberen Geschosse durch mit Atemapparaten geschützte, geschulte, zu zweien arbeitende Personen von innen geöffnet werden. Nach ein bis zwei Stunden Lüftung bestimmt der Entwesungsleiter durch chemische Methoden, ob die Blausäure genügend entfernt ist. Da Blausäure die — im Gegensatz zu den Respirationsorganen — ungeschützten Augen schwach reizt, so hat er auch subjektive Anhaltspunkte über den Grad der Gefährlichkeit der Luft. Die ersten 24 Stunden nach der Freigabe des Hauses müssen die Fenster offen bleiben, namentlich in Schlafzimmern. Es wird jetzt meist eine Nacht entwest, am Morgen mit der Lüftung begonnen, nach 24 Stunden das Haus bezogen und erst nach 36 Stunden nach Beginn der Lüftung im Hause geschlafen. Wesentlich ungefährlicher für die Bedienungsmannschaft ist es, die Blausäure in geschlossenen Metallapparaten vor dem Hause zu entwickeln, das Gas durch Schläuche in das Innere des Hauses zu leiten, dessen Räume alle nach innen geöffnet und gegen die Außenluft gedichtet sind. Es ist dies wohl die Methode der Zukunft. Daß die Gewissenhaftigkeit, Umsicht und Einsicht des Führers von höchster Bedeutung ist, ist klar. Werden diese angedeuteten Vorschriften, die behördlich in umfassender, ins einzelne gehender Weise festgelegt sind, gewissenhaft befolgt, dann ist auch Blausäure ohne besondere Gefahr auch in der sehr großen Menge von 1 Vol.-Proz. zu verwenden. Nach Berechnung würden von 27 Todesfällen etwa 3 sein, in denen man sagen kann, daß die Arbeiter glaubten, sorgfältig gearbeitet zu haben, aber durch Übersehen von Gefahren Todesfälle verursachten. In allen anderen Fällen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind teils grober Leichtsinn beim Betreten der Gebäude oder nachlässige Ausführung der Vorschriften schuld an dem Unglück gewesen. Man darf hoffen, daß diese Erfahrungen und die damit verbundenen Prozesse und Unannehmlichkeiten ausreichen, um die Durchgasungsgesellschaft zu äußerster Vorsicht für die Zukunft zu zwingen. Eingraben der Rückstände in 1 bis 2 m tiefe Gruben unter Zufügung des Waschwassers ist auch eine bedenkliche Methode, nicht besser ist das Versetzen des Bottichinhalts mit Kalk für das Grundwasser. Der Kalkzusatz soll Blausäureabgabe beim Transport der gebrauchten Bottiche verhüten; es ist aber zu vermeiden, daß durch zu plötzlichen und starken Zusatz von ungelöschtem Kalk durch Erzeugung von zuviel Wärme ein Austreiben von Blausäuregas eintritt, ehe sie gebunden ist. Es scheint in neuerer Zeit gelungen zu sein, durch einfache Vorschriften eine Verwandlung der Blausäurereste in ganz ungiftiges Ferrocyankalium zu sichern. Dies wäre obligatorisch zu machen.

Über Todesfälle infolge fahrlässiger Vergiftung eines Kammerjägers bei einer Wohnungsdesinfektion berichten ferner Neumann[25]), Berg[26]) und Klostermann[15]).

Die Möglichkeit der Blausäurevergiftung in benachbarten Räumen erörtert Selter[27]).

Führer[28]) geht ausführlich auf die Blausäurevergiftung ein und berichtet[29]) über die Giftigkeit der Blausäure.

Flury und Heubner[30]) besprechen die Wirkung und Entgiftung eingeatmeter Blausäure und sind der Ansicht, daß sowohl die Verabreichung von Natriumthiosulfat wie auch die prophylaktische Einspritzung wenig Aussicht hat.

Wegen des durch fahrlässige Desinfektion mit Blausäure erfolgten Todes von drei Arbeitern wurde vom Landgericht Köln am 14. Januar 1921 auf Gefängnisstrafen erkannt.

Koelsch[31]) beschäftigt sich mit den durch Blausäure entstehenden gewerblichen Vergiftungen.

Neuerdings hat man nun statt der Blausäure ein Derivat, den Cyankohlensäureester, Zyklon genannt, verwendet. Die Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung in Frankfurt a. M. hat im Januar 1921 eine Anleitung für Zyklondurchgasungen herausgegeben.

Nach Lehmann[24]) liegen hier die Verhältnisse insofern etwas komplizierter, als der Cyankohlensäureester des Handels von seiner Fabrikation her einen nicht unerheblichen Gehalt an Chlorkohlensäureester (etwa 7 bis 10 Proz.) und von Dialkylkohlensäureester enthält. Chlorkohlensäureester ist eine Substanz von sehr bedeutender Reizwirkung auf die Schleimhäute. Es ist also das Zyklon, wie es zur Verfügung steht, durch seinen Chlorkohlensäureestergehalt ebenfalls als stark reizend zu bezeichnen, und darauf beruht gerade Flury und Hases Empfehlung für Bekämpfung von Ungeziefer.

Die Räume erhalten beim Verdampfen der Zyklonmengen, die zur Desinfektion ausreichen, d. h. von etwa 20 ccm pro Kubikmeter, eine so starke Beimischung von Chlorkohlensäureester, daß es ganz ausgeschlossen ist, daß jemand in bewohnten Nebenräumen ungewarnt bleibt.

Für einen Raum von 400 cbm muß nach den Angaben der Firma nicht weniger als 8000 ccm Zyklon vernebelt werden, um eine sicher insekten-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tötende Wirkung hervorzubringen. Der Versuch hat gezeigt, daß 1 Proz. der zur Entwesung notwendigen Menge ausreicht, um einen Raum einfach unbewohnbar zu machen! Es würde also in einem praktischen Versuch der Raum unbetretbar sein, wenn 99 Proz. seines Blausäuregehalts verschwunden ist, oder es würden bei Undichtigkeiten des zu entwesenden Raumes sich warnende Belästigungen in den Nachbarräumen, auf den Korridoren in allerhöchstem Grade bemerkbar machen. Diese Erfahrungen lassen eine weitere Verwendung von Zyklon zu Entwesungszwecken als sehr vernünftig und zweckmäßig erscheinen. Keiner der Unglücksfälle, die auf Sorglosigkeit zu beziehen waren, würden sich ereignet haben, wenn statt Blausäure Zyklon verwendet worden wäre. Auch der Vorschlag, bei Blausäureentwesungen einen Teil Blausäure durch zwei Teile Zyklon zu ersetzen, würde sicher fast alle Leichtsinnsunfälle unmöglich machen. Die Handhabung des flüssigen Zyklons ist bequem und bei kühler Temperatur und vorsichtiger Arbeit auch ohne Maske, solange man die Versuche nur im kleinen macht, durchzuführen. In den Räumen geschieht die Zyklonvernebelung durch vorher mit einer Handpumpe unter Druckluft zu setzenden Messingbehälter. Es sind neuerdings Konstruktionen erdacht, die erlauben, auch Dampfdesinfektionsapparate zur gelegentlichen Zyklonentwesung zu benutzen.

Heerdt[32]) äußert sich folgendermaßen: Von Zyklon benötigt man für 100 cbm Raum 2 Liter, das Liter zu 40 M., erzielt also bei 80 M. Aufwendung einen sicheren Erfolg bei gänzlicher Unschädlichkeit für die Einrichtungsgegenstände. Eine gesundheitliche Schädigung der Ausführenden tritt nach den Erfahrungen nicht ein. Es gibt Leute, die schon seit einem Jahr dauernd mit Zyklon arbeiten und noch keinerlei Beschwerden empfinden. Es ist auch unmöglich, daß Schädigungen eintreten können, da die geringste, noch längst nicht schädliche Menge bereits einen so unerträglichen, aber nicht gesundheitsschädlichen Reiz auf die Augen und die Atmungswege ausübt, daß ein Verweilen in der Nähe ausgeschlossen ist. Nahrungsmittel mit einem gewissen Feuchtigkeitsgehalt nehmen selbstverständlich Blausäure auf und behalten auch beim späteren Genuß schädigende Wirkungen, wenn die Menge der aufgenommenen Blausäure etwa 12 mg in 100 g Substanz übersteigt. Dasselbe gilt für Zyklon, welches jedoch nicht identisch ist mit Blausäure. Offene Flüssigkeiten und feuchte Eßwaren, insbesondere aber auch Öl und Fett, dürfen daher weder einer Blausäure- noch einer Zyklonbehandlung ausgesetzt werden. (Dieselben Nahrungsmittel würden natürlich auch von schwefliger Säure verdorben. Diese macht sogar trockene Nahrungsmittel, vor allen Dingen aber Mehl, ungenießbar.) Beim Klopfen der Kleider und des Bettzeuges kommt es auf die Gründlichkeit des Ausklopfens und insbesondere auf die Temperatur, in welcher das Ausklopfen vorgenommen wurde, an, ob sie früher oder später als unschädlich zu bezeichnen sind. Hierüber gibt jedoch der Gasrestnachweis objektiv sichere Auskunft.

Ob ein Mensch, welcher in einem Raume schläft, der einem unter Zyklongas stehenden Raume benachbart ist, durch Spuren des Gases geweckt wird, ist dahin zu beantworten, daß bereits das Einatmen des hundertsten Teiles der für die Durchgasung notwendigen Menge in kurzer Zeit einen unerträglichen Reiz auf die Atmungsorgane ausübt, so daß ein Hustenreiz entsteht, welcher dem durch die schweflige Säure verursachten ähnlich ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Praktisch wird dieser Fall übrigens selten vorkommen, denn selbst wenn man einen Raum über Nacht unter Gas stehen läßt, so lassen sich doch die benachbarten Räume während der ersten Stunde der Durchgasung gut kontrollieren. Ist dann — d. h. also während das Gas die Höchstkonzentration hat — kein Gas in benachbarte Räume eingedrungen, so ist dies für später ausgeschlossen.

Nach Reh[33]) hat Zyklon zweifellos manche Vorzüge. Ob und wieweit es aber imstande ist, den Schwefelkohlenstoff und die Blausäure zu ersetzen, kann erst die Praxis zeigen.

Auch Schildt[34]) ist der Ansicht, daß die Anwendung des Zyklons doch nicht so einfach ist, wie versprochen wird.

Rasch[35]) dagegen tritt für die Anwendung von Zyklon ein.

Flury und Hase[36]) meinen, daß Zyklon geeigneter als Blausäure, da leichter erkennbar.

Klostermann[15]) berichtet über einen Todesfall nach der Durchgasung einer Wohnung mit Zyklon.

Reh[37]) zieht die Blausäure dem Zyklon und erst recht der schwefligen Säure vor. Die in Deutschland vorgekommenen Todesfälle sind nur auf unverantwortliche Fahrlässigkeit zurückzuführen.

Rauch[38]) kann Blausäure bei genügender Vorsicht zur Entwesung einzelner Wohnungen bewohnter Räume empfehlen und empfiehlt zum Nachweis die Schönbeinsche und die Benzidin-Cu-Acetatprobe.

Literatur.

[1]) Zeitschrift für Hygiene, Bd. 90, Heft 3. — [2]) Hygienische Rundschau 1920, Nr. 24. — [3]) Centralbl. f. Bakt. I, Bd. 83. — [4]) Desinfektion 1921, Nr. 10. — [5]) Zeitschrift f. Medizinalbeamte 1919, Nr. 15. — [6]) Danziger Zeitung v. 5. Dez. 1920. — [7]) Kolonnenführer 1920, Nr. 12. — [8]) Umschau 1920, Nr. 45. — [9]) Gesundheitsingenieur 1920, Heft 24. — [10]) Desinfektion 1921, Nr. 4. — [11]) Daselbst, Nr. 8. — [12]) Zeitschrift f. Medizinalbeamte 1920, Nr. 20. — [13]) Zeitschrift f. Krankenpflege 1920, Heft 3. — [14]) Desinfektion 1921, Heft 5. — [15]) Öffentl. Gesundheitspfl. 1919, Nr. 11. Desinfektion 1921, Nr. 6. — [16]) Desinfektion 1921, Nr. 7. — [17]) Techn. Gemeindeblatt 1921, Nr. 3. — [18]) D. Bäderzeitung 1921, Nr. 20. — [19]) Pr. Desinfektor 1921, Nr. 3. — [20]) Ungeziefer- und Schädlingsbekämpfer 1921, Nr. 4. — [21]) Pr. Desinfektor 1921, Nr. 8/9. — [22]) Desinfektion 1921, Nr. 10. — [23]) Daselbst, Nr. 12. — [24]) Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 53. — [25]) Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 35. — [26]) Zeitschrift f. Medizinalbeamte 1920, Nr. 11. — [27]) D. med. Wochenschrift 1919, Nr. 45. — [28]) Daselbst. — [29]) Pharmaz. Zentralhalle 1919, Heft 43. — [30]) Biochem. Zeitschrift 1919, Heft 3/4. — [31]) Zentralblatt f. Gewerbehygiene 1920, Nr. 5/6. — [32]) Pr. Desinfektor 1921, Nr. 2. — [33]) Ungeziefer- u. Schädlingsbekämpfer 1921, Nr. 1. — [34]) Pr. Desinfektor 1920, Nr. 12. — [35]) Zeitschrift f. Krankenpflege 1921, Nr. 8—12. — [36]) Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 27. — [37]) Pr. Desinfektor 1921, Nr. 5. — [38]) Gesundheitsingenieur 1921, Nr. 5.

Chronik der Gesundheitspflege.

Infektionskrankheiten.

Von Obermedizinalrat Dr. Franz Spaet in München.

Allgemeines.

Mehrfach beschäftigt sich die einschlägige Literatur in letzter Zeit mit dem sogenannten d'Herelleschen Phänomen, einem von diesem französischen Forscher 1917 entdeckten Naturvorgang, den er als Bakteriophagie bezeichnete. Als der Wirkung von Bakteriophagie besonders zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gänglich gelten die Shiga-Ruhrbazillen. Nach d'Herelles Versuchen sind Auszüge keimdicht filtrierter Stühle von Ruhrkranken imstande, Ruhrbazillen aufzulösen, wobei die Flüssigkeit in beliebig fortgesetzten Übertragungen wirksam ist. Diese Erscheinung wird von d'Herelle auf die Wirkung eines filtrierbaren Lebewesens (eines Bakteriophagen, „Bacteriophagum infectionale") zurückgeführt, das auf Kosten lebender Bazillen unter Auflösung dieser sich vermehrt, dessen Reindarstellung bis jetzt jedoch noch nicht gelang, diese Auflösung finde nicht nur außerhalb, sondern auch innerhalb des Tierkörpers statt, wodurch nicht nur eine Infektion beseitigt, sondern, wie es scheine, auch die Wirkung endotoxischer Bakteriensubstanzen aufgehoben werde. d'Herelle hegt die Hoffnung, daß die Bakteriophagie zu Heilzwecken verwendet, sowie auch die Anwendung der Bakteriophagentheorie für die Erforschung der unsichtbaren Krankheitserreger bedeutungsvoll werden könnte. Nach Untersuchungen von Bail sind die wirksamen Stoffe nicht spezifisch, d. h. Filtrate von Stühlen von Ruhrrekonvaleszenten lösen nicht stets Ruhrbazillen auf, sondern können auch auf andere Bazillen, wie z. B. Typhus-, Koli-, Paratyphusbazillen, diese Wirkung ausüben, dagegen die Ruhrbazillen unbeeinflußt lassen. Interessant ist auch das Auftreten von Bakteriophagie bei längerer Züchtung von normalen Bakterien — längere Züchtung in Fleischbrühe unter mehrmals wiederholtem Abzentrifugieren, Erwärmen auf 58° C und frischer Einsaat, die dann nicht mehr anging und dadurch das Entstehen von Bakteriophagen vermuten läßt. Bail nimmt an, daß durch verschiedene Einwirkungen auf die Bakterien, so auch der Körperschutzkräfte, die Bakterien zu Splittern abgebaut werden, jedoch so, daß dabei ihre Vermehrungs- und Lebensfähigkeit erhalten bleibt. Diese Splitter seien filtrierbar, können sich nur von lebender Substanz der Bakterien nähren und verwandeln die frischen Bakterien wieder zu Splittern. Diese Vorgänge können nicht wirklich gesehen werden, sondern sind nur aus den eintretenden Wirkungen zu erschließen. Die bakteriophage Wirkung tritt bereits bei Verdünnung von 1:1000 Milliontel ein. Rimpau schildert den grundlegenden Versuch in folgender Weise: Verteilt man eine geringe Menge Stuhl in Nährbouillon und filtriert nach einiger Zeit diese dünne Aufschwemmung durch ein Berkefeldfilter, so erhält man ein klares Filtrat; setzt man dieses Filtrat zu einer leicht trüben Aufschwemmung von lebenden Bakterien, z. B. von Flexner-Ruhrbazillen, in Nährbouillon, so macht es diese Aufschwemmung nach mehreren Stunden klar. Die auflösende Wirkung läßt sich auch durch die Überimpfung kleinster Mengen der klar gewordenen Ruhrbazillen in ein zweites Röhrchen mit frischer Ruhrbazillenaufschwemmung in Bouillon wieder erzeugen, auch diese Aufschwemmung wird klar usw. (Bail, „Das Phänomen von d'Herelle" im Verein deutscher Ärzte in Prag. Bericht in Deutsch. med. Wochenschrift 1921, Nr. 51. — Derselbe, „Über Shiga-Bakteriophagie" in Wiener klin. Wochenschrift 1921, Nr. 46. — Rimpau in Münchener med. Wochenschrift 1921. Bericht von W. Sch. in Münch. N. N. 1922.)

Eingehende Untersuchungen hat auch Gildemeister in der bakteriologischen Abteilung des Reichsgesundheitsamtes bezüglich des d'Herelleschen Phänomens angestellt. Er kam zur Überzeugung, daß er schon früher Kolonieformen in der Hand gehabt habe, wie sie d'Herelle bei Weiterabimpfung von Bakteriolysaten erzielte. Er habe sie seinerzeit im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralbl. f. Bakteriol., Abt. 1, Orig.-Bd. 79, Heft 1, 1917 als Flatterformen, d. i. als unregelmäßige, vielgestaltige Kolonieformen bezeichnet, welche er in Haupt-, Neben- und Zwischenformen schied. Gildemeister stimmt Bordet und Ciuca bei, welche auf Grund ihrer Versuche — experimentelle Erzeugung eines lytischen Agens in der Meerschweinchenbauchhöhle — die Annahme eines belebten Virus als Ursache des d'Herelleschen Phänomens ablehnen. Er nimmt an, daß dieses in das Gebiet der Variabilitätserscheinung gehöre, und zwar können nicht nur durch Leukozytenreize, sondern auch durch andere Reize unbekannter Art Kulturvarianten abgespalten werden, welche das lytische Agens aufweisen. Bei seinen verschiedenen Versuchen konnte Gildemeister bei frisch aus den Menschen isolierten Kolonien die oben erwähnten Flatterformen finden, welche das lytische Agens enthielten, und Bail hat in alternden Kulturen eines Flexnerstammes die bakteriophage Wirkung nachweisen können, so daß wohl sicher feststehe, daß das lytische Agens in den Bakterien selbst sich bilde. Gildemeister gelang es ferner, das lytische Agens auch im Reagenzglase zu erzeugen. Deutlich sichtbar lasse sich dessen Wirkung zeigen, wenn man Agarplatten mit Kolibazillen impft und nach kurzer Betäubung einen Tropfen des lytischen Agens über die Platte fließen läßt. Im Bereich des Tropfens finden sich keine Kulturen, der Streifen bleibt klar, nach einiger Zeit erscheinen aber in diesem Teile der Platten Kolonien, und zwar von unregelmäßiger und zerfaserter Gestalt, die bei Weiterimpfung die oben beschriebene Varietät mit ihrer lysogenen Fähigkeit geben — das lytische Agens behalte bei Zimmertemperatur jahrelang seine Wirksamkeit, bei 70° C werde es noch nicht zerstört, erst bei 75° C büße es seine Wirksamkeit ein (Berl. klin. Wochenschrift 1921, Nr. 46).

Über die Lebensdauer einiger pathogener Bakterien auf Papiergeld veröffentlichten H. Dold und Chen Yä-hsiang ihre in der deutschen Medizinschule für Chinesen in Shangai gemachten Untersuchungen mit folgendem Ergebnis:

	Lebensdauer im Minimum	Lebensdauer im Maximum
Typhusbazillen, Sammlungskultur	12 Stunden	36 Stunden
„ aus Typhusstuhl	12 „	120 „
Paratyphusbazillen, Sammlungskultur	48 „	132 „
Dysenterie (Shiga-Kruse), Sammlungskultur	2 „	24 „
Choleravibrionen, Sammlungskultur	10 Minuten	1 „
Diphtheriebazillen, Sammlungskultur	19 Stunden	24 „
„ frisch gezüchtete	96 „	120 „

Wie daraus ersichtlich, haben die natürlichen Infektionsstoffe eine beträchtlich größere Widerstandsfähigkeit, das gleiche wird für die Verhältnisse im Leben gelten, wo die Keime in ihren natürlichen Substraten verschleppt werden. Die Keime werden sich namentlich auf altem beschmutzten Papiergeld länger lebensfähig erhalten. Indessen soll die damit verbundene Infektionsgefahr nach Ansicht der beiden Autoren nicht überschätzt werden, denn nach früher von ihnen angestellten Versuchen ist die Gefahr einer Übertragung von Krankheiten durch die Fingerberührung nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allzu groß, die Keime haften meist in den Buchten der Haut so sicher, daß sie durch bloße Berührung nicht leicht übertragen werden. Größer ist die Gefahr der Infektion durch Papiergeld, wenn bei dessen Zählung, wie es öfters geschieht, die Finger mit der Zunge befeuchtet werden und (Anm. d. Ref.) wenn es sich dabei um Personen handelt, die mit Zubereitung von Nahrungsmitteln beschäftigt sind (Archiv f. Hygiene, Bd. 89).

Die neue Preußische Desinfektionsordnung vom 8. Februar 1921 bringt eine den praktischen Verhältnissen entsprechende Vereinfachung einzelner Desinfektionsmaßnahmen, so ist z. B. die Dampf- und Formalindesinfektion nur für Fälle vorgeschrieben, die eine besondere Gefahr bedingen. Matrazen, Betten und Kleider brauchen nicht mehr nach der Desinfektionsanstalt gebracht zu werden, sondern werden in der Wohnung mit Sublimatlösung (1 : 1000) abgewaschen oder abgerieben, auch fallen der Behandlung mit desinfizierenden Lösungen oder mit Formalin nicht mehr der ganze Krankenzimmerinhalt, sondern nur die in nächster Umgebung des Bettes befindlichen Gegenstände anheim. Die infektionsverdächtigen Gegenstände werden durch Befeuchtung mit Sublimatlösung desinfiziert. Bei Tuberkulose wird gründliche Reinigung im allgemeinen als genügend erklärt, auch sonst wird diese in vielen Fällen eingehendere Desinfektionsmaßnahme erfolgen können; bei Cholera wird allerdings bezüglich des Schmutzwassers auf die Notwendigkeit besonderer Vorsicht hingewiesen. Ganz besonderes Gewicht wird auf sorgfältige Desinfektion am Krankenbett (laufende Desinfektion), sowie auf schleunige Durchführung der Schlußdesinfektion gelegt; die Vornahme letzterer ist daher nicht mehr den amtlichen Desinfektoren vorbehalten, sondern kann auch von dem Krankenpflegepersonal ausgeübt werden. Ein neuer Preußischer Ministerialerlaß vom 7. Januar 1922 schränkt übrigens die früheren Vorschriften insofern ein, als der Schlußdesinfektion neben der laufenden ihr Recht gegeben wird.

Masern.

Über Masernschutz durch Rekonvaleszentenserum berichtete Kutter im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin am 9. Mai 1921 (Ref. in Deutsch. med. Wochenschrift 1921, Nr. 42). Bei 107 Fällen wurde mittels rechtzeitiger Injektion (nach der Deykwitzschen Versuchsanordnung) in der Inkubation (zwischen 2. bis 6. Inkubationstag) voller Erfolg mit glatter Unterbindung der Infektionsausbreitung im Krankenhause und Kinderheim erzielt. In sieben Fällen war die Injektion scheinbar erfolglos, weil zu spät angewendet. Angewendet wird Mischserum (5 ccm Serum) zwischen 7. und 14. Rekonvaleszententag, ohne irgendwelche Nachteile oder Schädigungen. Bei Verwendung eines Serums, das nur von einem Rekonvaleszenten und schon am sechsten Tage entnommen war, entstanden rudimentäre Masern, die ungeschwächt kontagiös waren. Soweit die Dauer der Schutzwirkung in einem Falle geprüft werden konnte, so erstreckte sie sich auf 3½ Monate. — Erwachsenen-Serum brachte in zwei Fällen Versager. Das Serum von Neugeborenen, die bekanntlich von Masern freibleiben, war ohne Erfolg; die Masernunempfindlichkeit der Neugeborenen beruht demnach nicht auf Bildung von Immunkörpern, sondern darauf, daß ihre Zellen mit dem Maserngift überhaupt nicht in Kontakt treten. Das Problem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Masernschutzes nach Deykwitz erscheine also im Grunde gelöst. Fraglich sei nur die Dauer des Schutzes. — Das Verfahren wird sich jedenfalls empfehlen, wo es sich um den Schutz von Kindern handelt, die sich noch in einem Alter befinden, in dem die Masernerkrankungen mit besonderen Gefahren verbunden sind.

Diphtherie.

„Über das Diphtherievorkommen in Deutschland während der letzten 25 Jahre und über den Einfluß der Serumbehandlung" schreibt Dr. H. Thiele in Bd. 62, Heft 1 der Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen (1921). Danach ist die Diphtheriesterblichkeit im Vergleich mit den übrigen europäischen Ländern in Deutschland noch als beträchtlich hoch zu bezeichnen.

Auf 10000 der mittleren Bevölkerung trafen Sterbefälle an Diphtherie und Krupp in

	1911	1912		1911	1912
Niederlande	0,7	0,7	Schweden	1,6	—
Frankreich	0,7	—	Norwegen	1,9	1,8
Italien	1,1	1,0	Spanien	1,9	2,8
Irland	1,1	1,0	Schottland	2,0	—
Schweiz	1,3	1,1	**Deutsches Reich**	**2,5**	**2,0**
Belgien	1,3	1,2	Österreich	3,1	—
England und Wales	1,4	1,2	Ungarn	4,2	3,1
Amerika	1,9	1,8	Europäisches Rußland	5,3	—

Dazu bestehen in den letzten Jahren noch Anzeichen für ein neuerdings ansteigendes Umsichgreifen der Diphtherie in den Städten. Zur Besserung der Verhältnisse verlangt Thiele frühzeitige Serumbehandlung und höhere Bewertung des kindlichen Lebens. Um die Serumbehandlung zu prophylaktischen Zwecken anwenden zu können, müßten mehr als bisher öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt werden. Serum müßte in staatlichen Anstalten hergestellt und der Handel damit monopolisiert werden.

Hygienisch-prophylaktisch wäre wichtigste Voraussetzung: Ausdehnung der Meldepflicht auf klinischen Diphtherieverdacht, Einführung der obligaten bakteriellen Untersuchung und Umgebungsuntersuchungen bei Diphtherie und Diphtherieverdacht, Krankenhausbehandlung von ausreichender Dauer, Ausbau der Schutzimpfung und gründliche Desinfektion.

Bei der großen Bedeutung, welche den Diphtheriebazillenträgern hinsichtlich Verbreitung dieser Krankheit zukommt, ist es begreiflich, daß man der von ihnen ausgehenden Infektionsgefahr mit allen Mitteln zu begegnen sucht. Nun bildet aber der über die Krankheitsdauer ausgedehnte Aufenthalt Diphtheriekranker in Krankenhäusern eine große Last für diese und für die Krankenkassen sowie auch für die Genesenen selbst; der Ausschluß von Bazillenträgern vom Schulbesuch wird von der Schulbehörde äußerst ungern gesehen und bringt mancherlei Störung für den Unterrichtsbetrieb. Rasch und sicher wirkende Mittel zur Befreiung der Bazillenträger von den Diphtheriebazillen zu finden, hat man daher schon lange Zeit versucht. Ein Fortschritt auf diesem Gebiete scheint nun in der Tat

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemacht zu sein durch Verwendung des Diphthosans nach Mitteilungen von P. R. Biemann aus der Infektionsabteilung des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Münchener med. Wochenschrift 1922, Nr. 1). Lange hat Versuche mit dem Akridiniumfarbstoff, welchen Ehrlich schon vor Jahren gegen Trypanosomenerkrankung verwandte, gemacht und bei Berieselung des Nasenrachenraumes, in welchem erfahrungsgemäß die Diphtheriebazillen sich besonders lange halten, gefunden, daß dem Flavicid hoch bakterizide Eigenschaften zukommen. Flavinverdünnung 1 : ½ bis 1 Million wirkt entwicklungshemmend, 1 : 1000 in ½ Stunde tötend, Flavicid 1 : 1 Million tötend, 1 : 5000 tötend in 5 Minuten, 1 : 50 für Kaninchenaugen reizlos, erst bei 1 : 10 leichte Reizerscheinungen machend. Wegen des bitteren Geschmackes des Flavicids gibt man einen Zusatz von Sacharin; versüßt heißt Flavicid nunmehr Diphthosan. In Hamburg wurden in der Zeit vom Dezember 1920 bis Juli 1921 bisher 32 Fälle behandelt. Erzielt wurde bei 72 Proz. der Nasenbazillenträger prompter Erfolg, bei Rachenbazillenträgern in 66 Proz., bei Vaginadiphtherie in 100 Proz., letzteres wegen der günstigen Applikationsmöglichkeit des Mittels. — Die Wirkung tritt beim Berieselungsverfahren teilweise sofort ein, in hartnäckigen Fällen wurden drei bis vier Spülungen täglich gemacht. Biemann bezeichnet das Flavicid bzw. Diphthosan als einen zweifellos wertvollen Baustein und Zuwachs im therapeutischen Schatz, der sich zur Befreiung von Bazillenträgern von Diphtheriebazillen sowie zur Bekämpfung von Diphtheriebazillen drohenden lokalen und allgemeinen septischen Erkrankungen eignet.

Bezüglich der Frage der Pathogenität klinisch virulenter und klinisch avirulenter Diphtheriebazillen wird berichtet, daß Überimpfung von leichteren Erkrankungen nicht immer Bazillen von gleicher Virulenz liefert, vielmehr können letztere hoch virulent sein. Die Erreger, von Bazillenträgern und Rekonvaleszenten gewonnen, seien im Durchschnitt sehr pathogen, so daß für die Praxis diese Kranken noch acht Wochen lang als Infektionsquelle angesehen werden müssen.

Keuchhusten.

Schwenkenbecher berichtete im ärztlichen Verein zu Marburg am 23. November 1921 (s. Münchener med. Wochenschrift 1922, Nr. 3) über das Auftreten von Keuchhusten, und führt an, daß sich der Charakter des Keuchhustens bei Erwachsenen zeitweilig zu ändern scheine, so daß aus der auf das Kindesalter beschränkten Infektion eine epidemieartige Erkrankung wird, die auch Erwachsene in größerer Zahl ergreift, sofern diese noch nicht durch überstandene Pertussis dauernde Immunität sich gesichert hatten.

Heine-Medinsche Erkrankungen (Poliomyelitis).

In einem Vortrage auf einer Versammlung des Wissenschaftlichen Vereins der Ärzte zu Stettin (s. Münchener med. Wochenschrift 1922, Nr. 1) weist Neisser darauf hin, daß in Fällen, wo dorsale und zervikale Wurzeln befallen sind, das Bild der Meningitis entstehe, die bei klarem Liquor schwer von tuberkulöser Meningitis zu unterscheiden sei, auch sehe man Encephalitis, und zwar die lethargische Form derselben, mit Poliomyelitis auftreten. Dies spreche dafür, daß alle diese infektiösen Formen des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralnervensystems, die uns seit dem ersten Auftreten der Iufluenza in den 90er Jahren nicht mehr verlassen haben, zwar nicht identische Krankheiten sind, aber auf gemeinschaftlicher Grundlage beruhen. Das jetzt wieder häufiger werdende Vorkommen von Influenzabazillen auch bei Gesunden, gebe vielleicht einen Hinweis nach dieser Richtung. Bei Encephalitis lethariga komme demnach ein dem Poliomyelitis-Virus nahe verwandter Erreger in Betracht. Sandhop führt hierbei den Umstand an, daß die Poliomyelitis häufiger und zahlreicher auf dem Lande auftrete als in den Städten, und daß demnach die Annahme begründet erscheine, es würden besondere Eigentümlichkeiten des Landes der Übertragung der Krankheit Vorschub leisten. Ähnliche mit Lähmungserscheinungen der Gliedmaßen verbundene Krankheiten der Haustiere lassen an die Möglichkeit der Übertragung dieser Tierkrankheiten durch blutsaugende Insekten (Fliegen, Holzböcke usw.) auf den Menschen denken. Nach Ferd. Müller finden die Krankheitserzeuger der Poliomyelitis möglicherweise durch die Verdauungsorgane Eingang, da die ersten Krankheitserscheinungen nicht nur im Halse und in den Atmungsorganen, sondern häufig in den Verdauungsorganen der Befallenen bemerkbar seien. Prophylaktisch erscheinen daher Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxyd und Regelung der Verdauung angezeigt. Der Schulbesuch wäre wie bei Scharlach auf die Dauer von sechs Wochen zu verbieten.

Auch Dr. Alfred Alexander (Berlin) weist in einer Abhandlung über Encephalomyelitis epidemica (Deutsche med. Wochenschrift 1921, Nr. 51) auf die Affinität des Grippevirus zum Nervensystem hin. Ein Zusammenhang zwischen der jetzt herrschenden Grippe und der Encephalitis sei kaum zweifelhaft. Die verschiedenen nervösen Störungen, wie Schluckstörungen, Lähmungen der Beine und äußeren Augenmuskeln, Facialisparese usw. seien auf Grippeinfektion zurückzuführen. Hiller berichtet in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden (Münchener med. Wochenschrift 1922, Nr. 3) über epidemische Myelitis bei der Grippeepidemie und die Verwandtschaft der Krankheitserreger mit der Heine-Medinschen Krankheit.

Dr. Doerr und A. Schnabel (Basel) veröffentlichten in der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. 94, Heft 1 einen Artikel: „Das Virus des Herpes febrilis und seine Beziehungen zum Virus der Encephalitis epidemica (lethargica)." Wenn auch der mikroskopische Nachweis noch nicht geglückt sei, so seien doch schon von verschiedenen Seiten durch Tierversuche Beziehungen zwischen Herpes und Encephalitis festgestellt. Durch Überimpfung von Encephalitis-Kaninchenhirn auf die Kornea sei eine an Intensität zunehmende Konjunktivitis und Keratitis und daran anschließend tödliche Allgemeininfektion — herpetische Allgemeininfektion des Kaninchens — erzeugt worden. Ferner gewähre bei einem Immunisierungsversuche die encephalitische Keratitis Schutz gegen Kerato-conjunctivitis, wie auch gegen subdurale Applikation von virulentem Herpesmaterial. Indes müsse man doch Bedenken tragen, die Encephalitis epidemica als Herpes cerebralis zu bezeichnen und den Erreger einer so harmlosen Affektion mit dem Keim einer so relativ selten auftretenden Krankheit zu identifizieren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Influenza.

Im ärztlichen Verein zu Hamburg vom 3. Januar 1922 wurde eine Aussprache über die Ätiologie der Influenza gepflogen auf Grund von Beobachtungen, die bei der dort in letzter Zeit aufgetretenen Epidemie zu machen waren. Influenzabazillen wurden nur bei einem kleinen Teile der Fälle gefunden. Das Blut war stets steril. Nach Anschauung dortiger Ärzte dürfte der Krankheitserreger bei dieser Epidemie ein filtrierbares Virus sein, welches die Entwicklung von Strepto- und Pneumokokken und von Influenzabazillen begünstigte.

Typhus und Paratyphus.

Dr. Michaelis (Bitterfeld) berichtet über „Osteomyelitis typhosa ulnae als Ausgangspunkt einer Typhusepidemie", als Beitrag zur Typhusepidemiologie (Münchener med. Wochenschrift 1921, Nr. 54). Der Fall lag wie folgt: Im Herbst 1920 war in einer Wohnbaracke u. a. ein Arbeiter an Typhus erkrankt, in dessen Verlauf sich an den vorderen Rippen mehrere periostitische Abszesse bildeten. Im Mai 1921 trat bei ihm an der linken Ulna eine Anschwellung mit Eiterbildung auf. Der Eiter wurde operativ entleert. Der Patient war sehr unreinlich, der Verband wurde öfters gegen ärztliche Anordnung entfernt, die Familienmitglieder lagen zusammen auf Stroh. Am 18. Juni erkrankte ein 10jähriges Kind der Familie an Typhus, an welche Erkrankung in den nächsten Tagen sich noch weitere Fälle in der Familie, sowie bei einem Nachbar, dessen Kind mit dem erst erkrankten Mädchen gespielt hatte, reihten. Allerdings war der fragliche Eiter nicht auf Typhusbazillen untersucht; da aber bei dem Arbeiter trotz wiederholter Untersuchung des Stuhls Typhusbazillen nicht festzustellen waren, nimmt Michaelis an, daß die Infektionsquelle doch mit aller Wahrscheinlichkeit in dem Abzeß an der Ulna zu suchen sei.

Die Frage der Bedeutung der Bazillenträger in der Typhusepidemiologie beschäftigt noch immer Ärzte und Hygieniker. Dr. Wagner behandelt diesen Gegenstand in einem Vortrage über „Theorie des Wesens und der Pathogenität des Typhus" (Zeitschrift für Medizinalbeamte 1921, Nr. 17). Er hebt dabei hervor, daß der Typhusbazillus keineswegs ubiquitär sei, er halte sich nicht in jedem schlechten Brunnen, stinkendem Graben oder Tümpel, er sei ein obligater Parasit des Menschen. Seine Wohnung seien die Bazillenträger, der Typhuskranke sei seine Herberge. Die Bazillenträger seien die Ursache der sogenannten Typhushäuser, sie seien es, die den Typhus bei uns epidemisch machen. Mit dem letzten Bazillenträger werde der Typhus vertilgt sein. Befriedigende Erfolge in dieser Beziehung wurden aber bisher noch nicht erreicht, weder durch chemotherapeutische Desinfektion noch durch Immunisierungsversuche.

Eine Existenzmöglichkeit in der Außenwelt fände der Typhusbazillus bei unserem Klima nur in der wärmeren Jahreszeit auf Nahrungsmitteln, wie Milch usw., deshalb beginnen auf diese Art sich entwickelnde Epidemien ihre Ausbreitung hauptsächlich im Herbst.

Massenerkrankungen durch Ratinkulturen wurden in einer brandenburgischen Fürsorgeerziehungsanstalt beobachtet. Nach einem Bericht von Willführ und Wendland (Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bd. 84, Heft 2/3) erkrankten dort 95 Insassen mit Fieber, Erbrechen und Durchfall nach Art einer Paratyphusinfektion, und zwar ziemlich schwer. Die Infektion erfolgte durch Reinkulturen von Ratinbazillen, die in der Anstaltsküche zu Ködern für Ratten verarbeitet worden sind. Die Bazillen gelangten in die für die Mahlzeit hergerichteten Speisen. Von 69 Serumproben der Erkrankten agglutinierten 84 Proz. mit dem homogenen Bazillenstamm, mit verwandten Stämmen war die Agglutination schwächer. Die Annahme, daß die Rattenvertilgungsbakterien für Menschen nicht pathogen seien, ist daher nicht zuverlässig.

Über den „Einfluß des Nährbodens auf die Agglutination des Typhusbazillus" hat Dr. J. Hohn im bakteriologischen Laboratorium zu Essen des Vereins zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im Ruhrgebiet Versuche angestellt (Münchener med. Wochenschrift 1922, Nr. 1). Er fand, daß die Agglutination des Typhusbazillus unter Voraussetzung eines hochwertigen Serums in weitestem Maße vom Nährboden abhängig sei. Agglutination befördernd wirke der Zusatz verschiedener Zuckerarten zum Nährboden, ferner Glyzerin und Mannit, am besten wirke Galaktose, Mannit und Maltose. Die Agglutination sei keine dem Typhusbazillus eigentümliche und primär vorhandene Eigenschaft, sie werde erst erworben durch Einfluß bestimmter Substanzen aus dem Nährboden. Im Abbau von Agglutination bewirkenden Substanzen verhalte sich der Typhusbazillus verschieden, so daß derselbe Stamm je nach Benutzung der verschiedenen zuckerhaltigen Nährböden als inagglutinabel, schwer, leicht und sehr leicht agglutinabel erscheinen könne. Die Inagglutinabilität des Typhusbazillus beruhe auf Unfähigkeit des Stammes, aus dem vorhandenen Nährmaterial solche Substanzen abzubauen, die seine Flockbarkeit bewirken. Zur Züchtung gut (maximal) agglutinierbarer Typhusstämme wird 1 Proz. Galaktoseagar empfohlen, sowohl zur Verwendung bei der Gruber-Widalschen Reaktion als auch zur Herstellung von Abschwemmungen als Typhusdiagnostikum.

Bakteriologie des Gasbrandes.

Über eine diesbezügliche Untersuchung wird in Wiener klin. Wochenschrift 1921, Nr. 44 berichtet.

Nach systematischer Durchprüfung von 20 Stämmen, die mittels Kapillare in der Tiefe von Inzisionen in verschiedener Entfernung von der Infektionsstelle entnommen waren, stehen die gefundenen Stämme biologisch, morphologisch und in bezug auf Tierpathogenität den Ghon-Sachsschen Bazillen am nächsten. Virulenz der einzelnen Stämme war sehr verschieden, das serologische Verhalten nicht einheitlich.

Trichophytien.

Die starke Zunahme der Haarerkrankungen während des Krieges hat neuerdings das Interesse der Ärzte für diese Infektionen geweckt. So findet man im Archiv für Hygiene, Bd. 90, S. 1 und 2 ff. eine Abhandlung von Dr. Hammerschmidt (Graz) über „Studien zur Morphologie und Biologie der Trichophytiepilze". Der Verfasser bezeichnet dort die Unterteilung der Trichophytiepilze in eine größere Anzahl von Arten bzw. Varietäten bloß auf Grund des Aussehens von Massenkulturen auf günstigem Nährboden wegen der geringen Konstanz dieser Merkmale für nicht be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

friedigend, vor allem für eine Diagnose für ungenügend. Dagegen fand er bei gleichzeitiger Verwertung des Aussehens der Massenkulturen unter Berücksichtigung grundlegender immer gleichmäßiger Merkmale und der Fruktifikationsformen in dazu geeigneten Epidermiskulturen und endlich des Verhaltens der Pilze auf neutralrothaltigem Nährboden, zwei größere sicher zu unterscheidende Gruppen, die im botanischen Sinne als Arten anzusprechen seien.

A-Gruppe mit frühzeitiger reichlicher Sporenbildung, demzufolge Entwicklung eines von Anfang an bestäubten Myzels auf allen Nährböden, ferner mit einfacher Sporenbildung, welche Neutralrot unverändert ließ.

B-Gruppe charakteristisch durch anfängliche Bildung eines Luftmyzels, während die Sporenbildung erst viel später, und immer auf einzelne Stellen der Kultur beschränkt, sich einstellt, ferner Entfärbung des Neutralrots.

Klinisch unterscheiden sich die beiden Gruppen, insofern die durch die A-Gruppe erzeugten Dermatomykosen einen leichten, die durch die B-Gruppe erzeugten im allgemeinen einen schweren Verlauf zeigen.

Die Seuchengefahr aus dem Osten.

Von jeher drohte der Einbruch schlimmster Infektionskrankheiten, wie Cholera und Fleckfieber, zumeist von Osten her. Diese Gefahr hat sich naturgemäß im Laufe des langwierigen Krieges wesentlich erhöht, so daß die Weststaaten durch den Ernst der Lage veranlaßt waren, dieser sanitären Angelegenheit ihre besondere Aufmerksamkeit zu widmen. So tagte im Juli 1921 die baltische internationale Cholerakonferenz, welche über gemeinsame Maßnahmen an der russischen Grenze beriet und die Einführung eines Grenzschutzes für notwendig erachtete.

In Deutschland wurde durch die Staatsbehörden eine genaue Überwachung der gegenüber dem Eindringen der Seuche getroffenen Vorkehrungen für notwendig erklärt. Dabei wurde als besonders beachtenswert die Tatsache hingestellt, daß sich zahlreiche aus Osteuropa stammende Personen in Deutschland aufhalten, die andauernd Zuzug von Stammesgenossen erhalten und mit ihrer Heimat in ständigem Wechselverkehr stehen. Bei diesen meist heimlichen Verkehrsbeziehungen ist stets möglich, daß solche Zureisende als Leichtkranke oder als Cholerabazillenträger die Grenze überschreiten und damit die Cholera einschleppen. Solche erste Erkrankungsfälle frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig unschädlich zu machen, ist natürlich von besonderer Wichtigkeit.

Schon früher (Dezember 1921) hat sich auch die Versammlung des sogenannten Völkerbundes mit den gesundheitlichen Verhältnissen des Ostens beschäftigt. Damals hat sich der Vertreter des polnischen Staates erlaubt, als die Ursache der Verbreitung des Flecktyphus den Durchzug deutscher Kriegsgefangener nach dem russisch-polnischen Kriege zu bezeichnen. Demgegenüber weist Prof. Friedländer in einem Artikel der Ärztlichen Rundschau 1921, Nr. 1 darauf hin, daß „Flecktyphus" in Warschau ständiger Gast war, und daß die Deutschen nach ihrem Einmarsch dortselbst die schlimmsten Mißstände in sanitärer Beziehung antrafen. Ihrem sachgemäßen Eingreifen war es zu verdanken, daß ein weiteres Umsichgreifen der Krankheit verhütet wurde, wie es auch in Deutschland seinerzeit gelang, trotz Einbringens von mehr als zwei Millionen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

russischer Gefangener, dem Ausbruch einer Flecktyphus- oder sonstigen Epidemie vorzubeugen. Während unter dem Einfluß der von den deutschen Ärzten durchgeführten Maßnahmen der Flecktyphus in Warschau keine Rolle mehr spielte, erhob er nach dem Abzug der Deutschen wieder sein Gorgonenhaupt.

Nach vorliegenden Berichten hat nunmehr die französische Regierung den Präsidenten des Völkerbundes ersucht, in Warschau eine europäische Konferenz zur Bekämpfung der sanitären Gefahren in Osteuropa einzuberufen, an der alle hierbei interessierten Staaten durch Fachleute ihres Gesundheitswesens vertreten sein sollen. Die Ergebnisse der inzwischen abgehaltenen Konferenz sind noch nicht öffentlich bekannt gegeben.

Besprechungen.

Bericht über den ersten Deutschen Gesundheitsfürsorgetag in Berlin, am 25. Juni 1921. Verlag Kriegerdank, Berlin SW 29.

Der Veranstaltung, der man noch in letzter Stunde seitens der Organe des Deutschen Städtetages Schwierigkeiten in den Weg zu legen versucht hat, galt einem Protest vor allem der fürsorgerisch tätigen Ärztekreise gegen den Entwurf eines Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes, das Jugendämter schaffen will, denen auch die sozialhygienische Fürsorgearbeit für das heranwachsende Geschlecht angegliedert werden „kann". Mit Recht wurde sowohl von den Berichterstattern [Grotjahn (Berlin), Krautwig (Köln), Pfeiffer (Hamburg), Silberstein (Neukölln)] als auch von fast sämtlichen Diskussionsrednern auf die Gefahr hingewiesen, die Einheitlichkeit eines durchweg von Ärzten nach gesundheitlichen Grundsätzen ausgebauten, innig und weitläufig verflochtenen Arbeitsgebietes einem gewissen Schematismus zuliebe jetzt zu zerreißen. Der anfängliche Widerstand der praktischen Ärzte ist ja erfreulicherweise überall mehr und mehr geschwunden. Die unberechtigten Vorwürfe Prof. Grotjahns gegen die beamteten Ärzte, die vielerorts gerade Vorkämpfer der gesundheitlichen Fürsorgearbeit gewesen sind, fanden hier wie auch später, z. B. seitens des Deutschen Medizinalbeamtenvereins auf seiner Tagung in Nürnberg, ihre gebührende Zurückweisung. Nein, mit solchen Einwürfen komme man nicht mehr! Die Ärzteschaft fordert, und zwar in allen ihren Gliedern, hier, wo sie die Hauptarbeit zu leisten hat, die ihr gebührende Stellung nicht unter, sondern neben und auch gelegentlich über den mitarbeitenden Verwaltungsstellen. — Ein bestimmter Beschluß ist nicht gefaßt worden. Aber der hier zusammengetragene Stoff kann von keiner Verwaltungsbehörde, auch nicht von den gesetzgebenden Körperschaften, unbeachtet bleiben, ehe sie Maßnahmen oder Beschlüsse nach dieser oder jener Richtung hin verabschieden. — Pädagogen, Jugendpfleger und Ärzte ringen hier seit Jahren um die Leitung bei der Fürsorge für das heranwachsende Geschlecht. Restlos kann keinem in diesem edlen Wettstreit die Palme zufallen. Nur eine Arbeitsgemeinschaft kann es machen. Welcher Verwaltung soll diese aber angegliedert werden? Diese Frage ist deshalb heute so wichtig, weil ohne staatliche Geldhilfe so gut wie alle die früher fast ausschließlich von der Privatwohltätigkeit unterhaltenen Organisationen jetzt zusammenbrechen müßten. Muß es denn aber gerade eine staatliche Behörde und kann es nicht auch ein gemischt-wirtschaftlicher, neutraler Betrieb sein, der als eingetragener Verein oder sonst wie diese Arbeitsgemeinschaft trägt? Wird es einem solchen nicht leichter sein, mit den Versicherungsträgern die so unbedingt nötige Berührung zu finden, leichter als einer Behörde? — Hier liegt der Fall so, daß eine Zusammenfassung in der untersten Instanz (der Bezirksstelle mit den Fürsorgeschwestern oder, in kleinerem Kreise, der Familienfürsorge) das praktisch Richtige ist, während nach oben hin die Kompetenzen sich in die einzelnen Behörden teilen. Sollte diese „verkehrte Welt" in der Zusammenfassung aller Fürsorge, die wir so dringlich bedürfen, nicht doch das Richtige sein? Sieveking (Hamburg).

Ländliche Kleinkinderfürsorge. Deutsche Landbuchhandlung, G. m. b. H., Berlin SW. 11 1921. 96 S. 12 M.

Der Deutsche Ausschuß für Kleinkinderfürsorge hat sich ein besonderes Verdienst durch die Herausgabe dieses Büchleins erworben, das sachkundig in die schwierige und eigenartige Behandlung der Landbevölkerung auf diesem auch für die Städter so

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lebenswichtigen Gebiete einführt. Die Arbeitsüberlastung der Bäuerin, die schlechten Wohnungs- und oft auch Ernährungsverhältnisse der Landbevölkerung und ihre durchweg eigennützige und allem Neuen und Ungewohnten abgeneigte Denkart erfordern eine ganz andere Arbeitsweise als in der Stadt. Die geschlossene Fürsorge muß da durch die offene ersetzt werden. Alles kommt auf geeignete Persönlichkeiten an, die in den Häusern sich das nötige Vertrauen und die nötige Autorität zu verschaffen wissen müssen. Die einzelnen Kapitel sind in Vortragsform gehalten und gehen zurück auf die Verhandlungen des dritten Lehrganges des Ausschusses in München im September 1918. Sieveking (Hamburg).

Ad. Czerny (Berlin). Die Bekämpfung der Kindertuberkulose. Veröffentl. aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, 11. Bd., 9. Heft. Berlin, Richard Schoetz, 1920.

Wenn auch zahlenmäßig nicht zu beweisen, ist doch anzunehmen, daß die Zahl der bösartig verlaufenden Tuberkulosen bei Kindern auffallend angewachsen ist. Von den beiden Infektionsquellen: rohe Kuhmilch und der lungenkranke Mensch, ist die erstere nicht zu unterschätzen. Die erschreckende Zunahme der Bauchtuberkulose in England wird auf die eingebürgerte Sitte, den Kindern rohe Milch zu verabreichen, zurückgeführt.

Bei der Infektion durch den kranken Menschen soll auch besonders an das Personal (Kindermädchen, Pflegerin) gedacht werden. Man sollte endlich dazu kommen, von jeder Pflegerin in Säuglingsanstalten u. dgl. einen Ausweis über gesunde Lungen zu verlangen.

Die Bekämpfung der Tuberkulose hat zwei Ziele: 1. die Verhütung der Infektion, 2. die Sorge für die bereits Infizierten.

Die erstmalige Infektion, wenn sie nicht sehr massiv war, bringt den Organismus noch nicht in Gefahr.

Das Schicksal der tuberkulös infizierten Kinder wird beeinflußt durch: 1. die angeborene Qualität des Körpers, 2. die Art der Ernährung, 3. das Leben in der freien Luft, 4. den Ausschluß von Infektionskrankheiten jeder Art.

Es ist Unrecht, wie es jetzt geschieht, die Tuberkulose der inneren Organe gegenüber der Knochen-, Haut- und Drüsentuberkulose zu vernachlässigen. Wir brauchen Anstalten für Kinder, die an Tuberkulose lebenswichtiger innerer Organe leiden. Zur Anstaltsbehandlung muß organisierte Fürsorge ergänzend treten.

Solbrig (Breslau).

W. Fenkner (Göttingen). Die Tuberkulosefürsorge auf dem Lande. Veröffentl. aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, 11. Bd., 9. Heft. Berlin, Richard Schoetz, 1920.

Wenn die Fürsorge für Tuberkulose auf dem Lande Erfolge aufweisen soll, so ist nach Fenkner intensivste Arbeit, und zwar auf allen Gebieten der Hygiene erforderlich. Die Beratungsstellen bedürfen bester Einrichtung und verfeinerter Arbeitsmethoden. Im allgemeinen soll nur beraten, nicht behandelt werden. Im Einverständnis mit den Ärzten kann aber auch spezialistische Behandlung betrieben werden. Auf die Mitarbeit der Ärzte, Krankenkassen, Versicherungsanstalten, Schulen ist größtes Gewicht zu legen. Die Aufklärungsarbeit im Volke muß wirksamer gestaltet werden.

Solbrig (Breslau).

Hahn (Camburg). Die Reformation des Heilwesens. Veröffentl. aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, 13. Bd., 6. Heft. 30 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. Brosch. 4,50 M.

Die Sozialisierungspläne Roeders (vgl. diese Zeitschrift 1921, Nr. 2) werden hier kritisiert und abgelehnt. Nur der „freie Beruf" (des Arztes) ist nach Hahn imstande, „die individualistische Krankenbehandlung richtig durchzuführen". Schäden in dem jetzigen Krankenkassenwesen seien zwar vorhanden; um sie abzustellen, solle man den Arzt völlig unabhängig von der Kassenorganisation machen, indem der Kranke grundsätzlich nach seinem Einkommen den Arzt zu bezahlen hat und hinterher die Kosten von der Krankenkasse ganz oder teilweise zurückerhält.

Einer Reform des Heilwesens, wie sie von Anhängern der Sozialisierung gefordert wird, bedarf es nach Hahn nicht. Wenn erst das Kassenwesen von dem ärztlichen Heilwesen streng geschieden sein wird, kehrt das Vertrauen der Kranken zum Arzt zurück und wird der Arzt auch zur vollen Zufriedenheit aller Kranken und mit voller eigener Befriedigung wirken können. Solbrig (Breslau).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Glaubitt (Berlin). Ernährungszustand der Bevölkerung in Preußen im Jahre 1920 (bearbeitet nach den Berichten des Regierungspräsidenten). Veröffentl. aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, 13. Bd., Heft 7. 28 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. Brosch. 5 M.

Verf. hebt selbst hervor, daß „die Beurteilung des Ernährungszustandes, die Feststellung von Blutarmut und Skrofulose nach sehr verschiedenen subjektiven Ansichten und Maßstäben erfolgt und dadurch die Verwertung der Angaben sehr erschwert ist." Hierfür finden sich in den Zahlenübersichten verschiedene markante Beispiele. Trotz gebotener Skepsis den Einzelangaben gegenüber sind aber doch gewisse Schlußfolgerungen zulässig, wie Glaubitt meint. Er faßt diese so zusammen:

1. Die Ernährungsverhältnisse und der Ernährungszustand der Bevölkerung haben 1920 eine deutliche Besserung im Vergleich zum Vorjahre erfahren. Dabei besteht der große Unterschied der letzten Jahre zwischen Land und Stadt bzw. Industriegegend in abgeschwächtem Maße fort.

2. Der Ernährungszustand der ländlichen Bevölkerung ist zufriedenstellend.

Bei der städtischen und Industriebevölkerung

a) ist das schulpflichtige und dann das vorschulpflichtige Alter am schwersten geschädigt. Die Zahl der Unterernährten, der an Blutarmut, Skrofulose, Tuberkulose und Rachitis Leidenden ist hier sehr groß,

b) zeigt die Altersklasse der Jugendlichen von 15 bis 20 Jahren, die unter a) aufgeführten Schädigungen in abgeschwächtem Maße,

c) haben die übrigen Altersklassen nur noch in geringem Maße an den Folgen der Unterernährung zu leiden, soweit sie nicht in den früheren Jahren bereits zu dauernden Folgezuständen (Tuberkulose!) geführt hat. Solbrig (Breslau).

Emil Abderhalden. Das Recht auf Gesundheit und die Pflicht, sie zu erhalten. Die Grundbedingungen für das Wohlergehen von Person, Volk, Staat und der gesamten Nationen. Leipzig, J. Hirzel. 6 M.

Eine von hohem Idealismus getragene Schrift. Sie enthält in knapper Darstellung fast alle Wünsche dessen, der sein Volk liebt und ihm helfen will, auf einem betretbaren Wege vorwärts zu kommen. Unter den vielen, die sich mit der Vorbereitung der Lehren der Gesundheitspflege befassen sollten, ist mancher, der der Rede nicht recht mächtig ist; ihnen sei vor allem diese Schrift als Muster empfohlen.

Kisskalt (Kiel).

Franz Spaet. Der Fürsorgearzt. Ein Hilfsbuch für Ärzte, Behörden und Stellen, die sich auf dem Gebiete des Fürsorgewesens zu betätigen haben. München, J. F. Lehmann, 1921. Geh. 40 M., geb. 46 M.

Auf 388 Seiten gibt der Verf. eine Zusammenfassung dessen, was die Aufgabe des Arztes auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege ist. Dafür, daß das Buch tatsächlich aus der Praxis entstanden ist, bürgt der Name des Verfassers; was außerdem demjenigen, der sich daraus belehren will, angenehm auffällt, ist die geschickte Art der Darstellung. In jedem Kapitel sind die wissenschaftlichen Grundlagen eingehend besprochen, und wo nötig, durch graphische Darstellungen erläutert. Auch Literaturangaben finden sich zahlreich. Einzelne Stellen wünscht man ausführlicher; so ist auf die Möglichkeiten der Beurteilung des Körperzustandes der Jugend auf Grund von Messungen zu wenig eingegangen; auch wäre es für die gerade in der letzten Zeit mächtig fortschreitende ländliche Wohlfahrtspflege wünschenswert gewesen, die hier oft und schwer durchführbaren Maßnahmen denen in der Stadt gegenüberzustellen. Im ganzen aber hat der Verf. ein Werk geschaffen, das sich zur Einführung ausgezeichnet eignet und das auch der Fachmann stets gern in die Hand nehmen wird.

Kisskalt (Kiel).

B. Chajes. Kompendium der sozialen Hygiene. 169 S. Berlin, Fischer, 1921. 36 M.

Das Buch will die Kenntnisse der grundlegenden Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der sozialen Hygiene vermitteln. In 11 Kapiteln werden abgehandelt: Begriffsbestimmung der sozialen Hygiene, Medizinalstatistik, Soziale Hygiene der Wohnung, der Ernährung, des Kindesalters, der Arbeit, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, der Schutz der Berufstätigen und Fortpflanzungshygiene. Umfangreiche Literaturbeherrschung ermöglicht dem Verf. eine schlagwortartige Beleuchtung der Probleme, doch bleibt es bei der Fülle des Stoffes im Verhältnis zum Umfange des Buches fast immer bei einer Aufzählung der als Tatsachen hingenommenen Mitteilungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus der Literatur. Trotz der im zweiten Kapitel vorgenommenen Kritik an der Medizinalstatistik finden sich im Text zu viele Tabellen, die nicht ausgewertet sind. Die Wechselbeziehungen zwischen Sozialer Hygiene, Ethik, Pädagogik und Volkswirtschaftslehre hätten eingehender berücksichtigt werden müssen. Der Erfahrene wird die klar gefaßte Übersicht freundlich begrüßen, der Anfänger wird oft nichts mit den einzelnen Feststellungen anzufangen wissen. Bedauerlich sind die vielen, manchmal sogar sinnstörenden Druckfehler. Dresel (Heidelberg).

Leopold von Wiese. Einführung in die Sozialpolitik. 2. Aufl. Handels-Hochschulbibliothek, Bd. 9. Leipzig, G. A. Glöckner, 1921.

Der neue Entwicklungsabschnitt der deutschen Sozialpolitik, der in den letzten Jahren begonnen hat, hat seinen Abschluß noch nicht erreicht. Aber gerade die Gegenwart mit ihrer unübersehbaren Flut sozialpolitischen Geschehens fordert von dem akademischen Lehrer und Forscher, daß er in deutlichen Zusammenfassungen und kritischen Übersichten dem Lernenden ein Leitseil gibt, damit er nicht vom zufällig betretenen Wuste der Einzelheiten verwirrt werde.

Diesen Gedanken spricht L. v. Wiese im Vorwort zu der neuen Auflage seines Buches aus. Das Ziel, das er sich gesteckt hat, hat er erreicht. Sein Buch bietet eine gut verständliche, dabei die oft recht schwierigen Probleme nicht umgehende, sondern voll würdigende Einführung in die Sozialpolitik. Das Wesentliche wird aus der Fülle der Einzelheiten geschickt herausgehoben. Das erste Kapitel behandelt „Die politischen, ethischen und wirtschaftlichen Elemente der Sozialpolitik", das zweite „Die gesellschaftlichen Klassen", das dritte Kapitel ist überschrieben: „Vom freien individuellen Arbeitsvertrage zum Rätesystem", das vierte „Der Arbeitslohn", das fünfte „Wesen und Geschichte der öffentlichen Hilfe", das sechste „Das Wesen der Selbsthilfe", das siebente „Grenzfragen der Sozialpolitik".

Der Inhalt des Buches ist von allgemeinem Interesse, so daß die Lektüre nicht nur dem berufsmäßigen Sozialpolitiker und Soziologen empfohlen werden kann, sondern jedem, der sich mit den in diesem Werke behandelten Fragen irgendwie zu beschäftigen hat, also auch den Lesern dieser Zeitschrift. Dr. W. Abel (Jena).

R. Fischer. Hygiene der chemischen Großindustrie. 3. Teil: Organische Betriebe. Weyls Handbuch d. Hygiene, 2. Aufl., herausgegeben von A. Gärtner. 7. Bd., besonderer Teil, 7. Abteil., 36. Lieferung. 286 S., 74 Abbild. Leipzig, J. A. Barth, 1921. 78,25 M.

Das Heft schließt den Band Gewerbehygiene ab und bringt ein umfangreiches Register dafür am Schlusse. Es behandelt aus der Feder von Fischer und mehreren Mitarbeitern die Industrie des Erdöls, Leuchtgases, des Teers und der Teerfarben, der Sprengstoffe, Harze, Firnisse, Lacke und des Kautschuks in sehr ausführlicher Darstellung. Abel.

Kleinere Mitteilungen.

Anschauungstafeln
für den Unterricht in der Säuglings- und Kleinkinderpflege.

Das Organisationsamt für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Charlottenburg V, Mollwitz-Frankstraße, teilt mit, daß die zweite Auflage des „Atlasses der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes für Unterrichts- und Belehrungszwecke" soeben im Verlag von Julius Springer, Berlin W. 9, erschienen ist.

Der Atlas, der 100 lose, teils farbige Tafeln (35 × 50 cm) enthält, dient als Anschauungsmaterial in Säuglings- und Krankenpflegerinnenschulen, Hebammenlehranstalten, Wohlfahrts- und Frauenschulen, Kindergärtnerinnenseminaren, Mädchenfortbildungsschulen und Mädchenschulen, wird in Säuglingsfürsorgestellen als Wandtafeln und von Wanderlehrerinnen und Fürsorgerinnen, besonders auf dem Lande, bei Veranstaltung von Mutterschulkursen und belehrenden Vorträgen verwendet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

JUL 26 1922
Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 5
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

Druck und Verlag
Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges.
Braunschweig 1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des fünften Heftes.

Seite

Ein weiterer Beitrag zum Problem des unehelichen Kindes. Von Prof. Dr. Hans Reiter in Rostock 145

Über geschäftsmäßige und amtliche Ehevermittelung. Von Dr. med. Fetscher. (Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule Dresden. Direktor: Prof. Dr. Ph. Kuhn.) (Schluß) 157

„Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg." Von Dr. Felix Burkhardt in Dresden. (Bemerkungen zu dem Aufsatz von F. Winkler) . . 166

Chronik der Gesundheitspflege. Schulhygiene. Von Stadtschuloberarzt Dr. Rudolf Bandel in Nürnberg 168

Besprechungen:

Max Hirsch. Das ärztliche Heiratszeugnis. (Ph. Kuhn-Dresden) 176

K. Breul. Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen. (Fürbringer-Heilstätte Römhild) 176

Grundriß der menschlichen Vererbungslehre und Rassenhygiene. Bd. 1. Bauer, Fischer und Lenz, Menschliche Erblichkeitslehre. (Weinberg-Stuttgart) 177

Max Hirsch. Die Fruchtabtreibung. (Weinberg-Stuttgart) . . . 178

Walter Fenkner. Die Stellung der Hausfrau im neuen Deutschen Reich. (Dr. Sauerteig) 178

Solbrig. Anleitung über Wesen, Bedeutung und Ausführung der Desinfektion. (Dr. Lehmann-Jena) 178

E. Brezina. Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten der Kulturländer über die Jahre 1914 bis 1918. (Dr. Lehmann-Jena) 179

Teleky. Die Bleifarbenverwendung zu Anstreicherarbeiten. Ihre Gefahr und deren Verhütung. (Dr. Lehmann-Jena) 179

Elisabeth Herzfeld. Beiträge zum Aufklärungsunterricht in der Mädchenfortbildungsschule. (Dresel-Heidelberg) 179

Franz Walter. Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik. (Dresel-Heidelberg) 179

Gumprecht. Prophylaxe der Infektionskrankheiten. (Abel) . . 180

H. Klut. Untersuchung des Wassers an Ort und Stelle. (Abel) . 180

K. Thumm. Die Kaliwerke und ihre Abwässer. (Abel) 180

W. Halbfass. Grundlagen der Wasserwirtschaft. (Abel) 180

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 5.

Ein weiterer Beitrag zum Problem des unehelichen Kindes.

Von Prof. Dr. Hans Reiter in Rostock [1]).

Je intensiver wir in Gesundheitsfragen massenstatistisch oder individualstatistisch arbeiten, desto deutlicher werden die Fehler, die bei dieser Methode kaum vermeidbar erscheinen. Keine Kritik ist kritisch genug für die Ergebnisse der Statistik, aber je kritischer beurteilt, desto wertvoller das Ergebnis.

Schwierigkeiten liegen auch auf anderem Gebiete: was nützen uns die geistreichsten Fragestellungen, was das Aufrollen wichtiger bevölkerungspolitischer Probleme, wenn das zur Verfügung stehende Material Lücken über Lücken aufweist, und wir gezwungen werden, eine Frage nach der anderen zu streichen oder zurückzustellen? Gelingt es, alle unsere gesetzgebenden Körperschaften endlich davon zu überzeugen, daß die Gesundheit unseres Volkes seine Zukunft bedeutet, und gelingt es, alle Kreise der Bevölkerung mit dieser Idee zu durchdringen, so daß eine den ganzen Volkskörper erfassende Gesundheitspolitik ihre Geburtsstunde erlebt, dann sind wir in einigen Jahrzehnten imstande, gesundheitsstatistisch zu „forschen". Heute muß alles nur Stückwerk bleiben, weil die Bausteine zur Errichtung des Gebäudes fehlen, Bausteine, die in gewissenhaft geführten Aufzeichnungen bestehen, schon vor der Geburt beginnend und sich über das ganze Leben erstreckend.

Bei der Aufstellung des Planes, die „Konstitution" des neugeborenen unehelichen Kindes zu erforschen, war ich mir bewußt, nur Unvollkommenes leisten zu können, glaubte aber deshalb nicht darauf verzichten zu dürfen, die Materie zu bearbeiten. Es sollte ein Versuch sein, die Frage anzuschneiden, ihre Lösung werden wir in absehbarer Zeit kaum erbringen.

In meinen früheren Arbeiten wurde der Begriff der Konstitution in weiterem Sinne von Bauer als „Körperverfassung" gebraucht, und zwar unmittelbar nach der Geburt, bevor die Umweltbedingungen (im eigentlichen Sinne) in Erscheinung getreten sind; so soll es auch hier verstanden werden.

Daß das Geburtsgewicht allein keinen brauchbaren im einzelnen gültigen Maßstab für die Konstitution abgibt, braucht nicht ausdrücklich betont zu werden, es ist nur ein Faktor, der die Konstitution mit beeinflußt. Wahrscheinlich liegen aber für das Neugeborene die Verhältnisse anders als beim Kleinkind oder Schulkind oder Erwachsenen, wo unter Umständen das durch Fett- und Wasserreichtum bedingte Mehrgewicht kein Zeichen einer wertvollen Körperverfassung zu sein braucht.

[1]) Ein Teil der Untersuchungen wurde aus der von mir begründeten „Stiftung Sozialhygiene" in Rostock bestritten. Auch an dieser Stelle sei allen Stiftern für ihre Gebefreudigkeit mein verbindlichster Dank ausgesprochen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Das einzig sichere Merkmal für die Konstitution liegt in der Leistungsfähigkeit, der Funktion des betreffenden Individuums. Allein aus der Art, wie es sich mit den äußerlich normalen und kranken Reizen im Leben auseinandersetzt, ist zu erkennen, ob es über gute oder mangelhafte Anlagen verfügt."

Mit diesen Worten Vogels bin ich durchaus einverstanden, — doch wo ist die Maßmethode dieser Größen beim Neugeborenen? —

In der vorliegenden Arbeit soll noch einmal Stellung zu dieser Frage genommen werden. Die Unterlagen entstammen:

1. Der Landesfrauenklinik in Paderborn.
2. Der Universitätsfrauenklinik und den Hebammenlisten der Stadt Rostock.

Ein Zusammenarbeiten des Materials beider Gruppen[1]) erschien nicht zweckmäßig, da vielleicht örtliche Verhältnisse einen mehr oder weniger starken Einfluß auf das Ergebnis ausüben könnten. Es soll daher zuerst über die an der Landesfrauenklinik in Paderborn gewonnenen Erfahrungen berichtet werden:

Da es von Interesse erschien, einen Vergleich zwischen der Vorkriegszeit und der Kriegszeit zu ziehen, so wurden die Jahre 1912, 1913, ferner 1916 bis 1919 gewählt.

Für die angestellten Untersuchungen wurden die Aufzeichnungen über 2561 Geburten — 1494 eheliche und 1067 uneheliche — benutzt.

Auf die einzelnen Jahrgänge verteilen sich die Geburten wie folgt — es wurden nur reife, ausgetragene und über 24 Stunden lebende Früchte verwertet:

Tabelle 1.

Jahrgang	Ehelich	Unehelich	Summe
1912	279	161	440
1913	270	207	477
1916	250	135	385
1917	207	136	343
1918	230	187	417
1919	258	241	499
	1494	1067	2561

Was die Nationalität der Gebärenden anbetraf, so waren es mit wenigen Ausnahmen Deutsche, die zur Entbindung die Klinik aufsuchten, die wenigen Nichtdeutschen sind Polinnen aus dem benachbarten rheinisch-westfälischen Industriebezirk. Ihre geringe Zahl (unter 1 Proz. bei Verheirateten und unter 10 Proz. bei den Ledigen) spielte keine bedeutende Rolle und kann daher bei der Betrachtung ausgeschaltet werden.

[1]) Die Untersuchungen in Paderborn wurden mit gütiger Erlaubnis und Unterstützung des Direktors der Klinik, Herrn Sanitätsrat Dr. Mann, dem ich an dieser Stelle herzlichst danke, auf meine Veranlassung durch Herrn Kollegen P. K. Walter ausgeführt und in einer Dissertation verwertet. Hier gelangt nur ein Teil der Untersuchungen zur Veröffentlichung.

Das Rostocker Material wurde in Gemeinschaft mit Herrn Kollegen Richard Nägler durchgearbeitet, der in seiner Dissertation ausführlich über die sich viele Monate lang hinziehenden mühevollen Untersuchungen berichtet hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Ernährungszustand der ledigen Mütter war von dem der verheirateten nicht sonderlich verschieden, ja sogar teilweise besser. Eine Erklärung findet diese Tatsache vielleicht darin, daß die ledigen Mütter meist als Hausschwangere schon einige Monate vor der Entbindung die Klinik aufsuchen, die verheirateten Mütter dagegen bis kurz vor der Niederkunft in ihren zum Teil ärmlichen häuslichen Verhältnissen bleiben. Selbst die letzten Kriegsjahre haben hierin keine wesentliche Verschiebung gebracht, vielleicht weil die Mittelstadt Paderborn mit der rein ländlichen Umgebung von Nahrungssorgen in dem Maße wie eine Großstadt oder ein Industriegebiet verschont geblieben ist.

Auch in der Stillfähigkeit lediger und verheirateter Mütter waren Unterschiede nicht nachweisbar.

Im folgenden sollte geprüft werden, ob etwa eine minderwertige Konstitution des unehelichen Kindes schon in den Längen- und Gewichtszahlen bei der Geburt zum Ausdruck kommt. Da erfahrungsgemäß Erstgeborene fast immer leichter und kleiner ausfallen als Mehrgeborene, und da uneheliche Kinder in der Mehrzahl Erstgeborene sind, würde bei fehlender Trennung nach Erstgeborenen und Mehrgeborenen der Vergleich a priori leicht zuungunsten der unehelichen Kinder ausfallen. — Es sind daher die ehelichen und unehelichen Kinder getrennt nach Erstgeborenen und Mehrgeborenen aufgeführt.

Tabelle 2a *).

Erstgeborene, eheliche und (uneheliche), nach Jahren.

	Gewichte		Längen	
1912	4391 [75]	(4189) [98]	51,74	(51,50)
1913	3367 [56]	(3171) [149]	51,30	(50,65)
1916	3380 [65]	(3305) [97]	52,28	(51,70)
1917	3327 [43]	(3195) [104]	51,80	(51,70)
1918	3276 [63]	(3202) [140]	51,22	(52,20)
1919	3185 [69]	(3175) [185]	49,52	(51,30)
G. Zahlen .	3522 [371]	(3327) [773]	51,27	(51,47)

Tabelle 2b *).

Mehrgeborene, eheliche und (uneheliche), nach Jahren.

	Gewichte		Längen	
1912	4237 [205]	(4320) [62]	51,10	(51,29)
1913	3406 [215]	(3373) [57]	51,02	(50,98)
1916	3412 [186]	(3412) [37]	52,02	(52,30)
1917	3434 [164]	(3389) [32]	51,94	(51,30)
1918	3396 [168]	(3233) [46]	51,75	(51,70)
1919	3435 [190]	(3244) [55]	51,32	(50,85)
G. Zahlen .	3565 [1128]	(3536) [289]	50,49	(51,34)

*) Gewichte und Längen der unehelichen Kinder sind rund eingeklammert, die der ehelichen Kinder nicht. Die absoluten Zahlen der zur Aufstellung verwendeten Fälle stehen in eckigen Klammern.

Es ergibt sich also, daß bei Erstgeborenen das uneheliche Kind dem ehelichen an Gewicht nachsteht. Dabei ist es überraschend, daß in den Kriegsjahren sich die Werte zugunsten der unehelichen Kinder verschoben haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die Mehrgeborenen findet sich nur im Jahre 1912 ein Mehrgewicht auf seiten der Unehelichen, während in allen übrigen Berichtsjahren die unehelichen mehr oder weniger geringere Werte aufweisen als die ehelichen Mehrgeborenen. Die bekannte Tatsache, daß das Geburtsgewicht mehrgeborener Kinder höher ist als das Erstgeborener, wird bestätigt. Die geringere Anzahl unehelicher Mehrgeborener darf bei der Bewertung allerdings nicht außer acht gelassen werden. Im allgemeinen kann man aber doch den Schluß ziehen, daß das eheliche Kind — Mehrgeboren oder Erstgeboren — das uneheliche an Geburtsgewicht übertrifft.

Eine kleine Zusammenstellung über die Kinder, deren Geburtsgewicht 4500 g überstieg, zeigt ebenfalls ein Plus auf seiten der ehelichen Kinder.

Tabelle 2c.

Jahr	Eheliche	Uneheliche	Summe
1912	9 = 3,23 Proz.	1 = 1,85 Proz.	12
1913	10 = 3,70 „	2 = 0,48 „	11
1916	11 = 4,40 „	1 = 1,47 „	13
1917	7 = 3,36 „	3 = 0,74 „	8
1918	7 = 3,05 „	0	7
1919	8 = 3,09 „	0	8

Die Längenzahlen bieten für beide — Erstgeborene und Mehrgeborene — nur kleine, kaum nennenswerte Zahlenunterschiede.

Fassen wir das Untersuchungsergebnis an der Landesfrauenklinik in Paderborn kurz zusammen, so ergibt sich, daß ledige Mütter bezüglich ihres Ernährungszustandes unmittelbar vor der Geburt sich von den verheirateten nicht wesentlich unterscheiden, und daß die ledige Mutter fast in gleichem Maße wie die eheliche stillfähig ist.

Der Vergleich der Geburtsgewichte und Geburtslängen ehelicher und unehelicher Kinder, auch getrennt nach Erstgeborenen und Mehrgeborenen, zeigte, daß uneheliche Kinder im Durchschnitt zwar nicht kleiner, aber leichter als eheliche bei der Geburt sind.

Das Rostocker Material setzt sich aus Angaben über 4326 Neugeborene — 2876 eheliche und 1450 uneheliche — zusammen. Es entstammt den Jahren 1917, 1918, 1919, 1920. Die Neugeborenen der Frauenklinik und der Hebammenlisten — nur ganz einwandfreie gelangten zur Verwendung — wurden gesondert betrachtet, jede Gruppe getrennt nach Erst- und Mehrgeborenen und beide wieder nach Geschlecht unterschieden. Außerdem wurde stets das Alter der Mutter in Berücksichtigung gezogen und in Altersklassen bis vollendete 20jährige, 21- bis 25jährige, 26- bis 30jährige und über 30jährige getrennt.

Frühgeburten, Spätgeburten, Fehlgeburten und Totgeburten sind nicht mit einbegriffen, es sind demnach nur reife und normal ausgetragene Kinder berechnet, also nur Schwangerschaften von normaler Dauer bearbeitet worden. Weggelassen wurden die Kinder der Verwitweten wegen ihrer unsicheren Ehelichkeit und die Zwillingsgeburten, die unter Umständen eine Verschiebung der Zahl hätten bedingen können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 3a *). Erstgeborene, eheliche und (uneheliche), nach Jahren.

	Gewichte				Längen			
	Hebammen		Frauenklinik		Hebammen		Frauenklinik	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1917	3566 (3383)	3406 (3354)	3297 (!)[3] (3358)	— (3099)	51,13 (50,94)	50,81 (50,13)	52,00 (!)[3] (51,28)	— (50,19)
1918	3554 (3595)[1]	3451 (3442)	3357 (3295)	3167 (!)[6] (3235)	51,06 (51,43)[1]	50,68 (50,40)	50,94 (50,80)	50,31 (!)[6] (50,39)
1919	3493 (3529)[2]	3415 (3404)	3381 (!)[4] (3386)	3286 (3185)	51,36 (51,21)[2]	51,19 (50,51)	51,50 (!)[4] (51,52)	51,05 (50,48)
1920	3601 (3469)	3486 (3341)	3208 (!)[5] (3361)	3212 (!)[7] (3290)	51,36 (51,33)	51,04 (50,69)	51,04 (!)[5] (51,20)	51,07 (!)[7] (50,65)
1917—1920 .	**3563 (3497)**	**3451 (3382)**	**3299 (3255)**	**3217 (3216)**	**51,29 (50,98)**	**50,99 (50,49)**	**51,20 (51,22)**	**50,81 (50,46)**
G. Z. . . .	487 175	521 170	31 265	33 240	487 175	521 170	31 265	33 240

[1]) 39. — [2]) 51. — [3]) 3. — [4]) 7. — [5]) 12. — [6]) 11. — [7]) 13.

Tabelle 3b *). Mehrgeborene, eheliche und (uneheliche), nach Jahren.

	Gewichte				Längen			
	Hebammen		Frauenklinik		Hebammen		Frauenklinik	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1917	3686 (3708) (!)[1]	3585 (3481) (!)[2]	3499 (3347)	3508 (3292)	51,70 (52,08) (!)[1]	50,61 (51,42) (!)[2]	52,22 (50,69)	51,43 (50,84)
1918	3766 (3550)	3592 (3794) (!)[3]	3762 (3585)	3387[4] (3399)	52,08 (51,08)	51,28 (51,44) (!)[3]	52,52 (51,70)	50,77[4] (50,55)
1919	3746 (3712)	3578 (3403)	3560 (3436)	3423[5] (3439)	52,02 (51,96)	51,26 (50,33)	51,55 (51,00)	51,10[5] (50,86)
1920	3744 (3678)	3630 (3333)	3667 (3503)	3355[6] (3406)	52,05 (52,50)	51,07 (51,00)	52,23 (51,64)	50,62[6] (51,10)
1917—1920 .	**3738 (3640)**	**3598 (3420)**	**3624 (3473)**	**3412 (3389)**	**51,98 (51,69)**	**51,09 (51,03)**	**52,13 (51,33)**	**50,93 (50,83)**
G. Z. . . .	836 56	791 31	87 273	90 240	836 56	791 31	87 273	90 240

[1]) 12. — [2]) 7. — [3]) 9. — [4]) 20. — [5]) 15. — [6]) 32.

*) Gewichte und Längen der unehelichen Kinder sind rund eingeklammert, die der ehelichen Kinder nicht. Die Ausrufzeichen geben an, daß die Zahl der Fälle, die den Gewichten bzw. den Längen zugrunde liegt, besonders klein ist und dadurch nur bedingten Wert besitzt. Die in den Fußnoten der Tabellen unter [1]), [2]), [3]) usw. vermerkten Ziffern bedeuten die absoluten Zahlen der Fälle, auf die sich Gewichts- und Längenangaben stützen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Vergleiche können im strengen Sinne nur gezogen werden innerhalb der einzelnen Kategorien, so wie es auch durch den Aufbau der Tabellen gekennzeichnet ist, wobei aber der verschiedenen Größe der beiden zu vergleichenden Zahlengruppen Rechnung getragen werden muß.

Betrachten wir in der Tabelle 3a die Verteilung der erstgeborenen Kinder beider Gruppen (Hebammenlisten und Frauenklinik), so zeigt sich eine Mehrzahl der Ehelichen in den Listen der Hebammen, eine Mehrzahl der Unehelichen in den Listen der Frauenklinik. Die Fehlerquelle ist stets relativ größer bei der kleineren Zahl. Stehen die Werte der einzelnen Jahre durch die Kleinheit des Urmaterials auf besonders schwachen Füßen, so ist die Unsicherheit der Zahlen durch die Angabe der Ziffer des Urmaterials vermerkt.

Die Verteilung der Mehrgeborenen (Tabelle 3b) auf die einzelnen Gruppen zeigt im allgemeinen das gleiche Bild wie bei den Erstgeborenen, die Zahl der Ehelichen in der Klinik ist hier größer, die Zahl der Unehelichen in der Stadt ist kleiner, so daß der Vergleich teils günstig, teils ungünstig beeinflußt wird. Die Gründe für die verschiedenartige Verteilung von Ehelichen und Unehelichen auf Klinik und Stadt benötigen keine Erläuterung und treten ihrer Ausmaße wegen auch in Erscheinung, wo nicht das gesamte Material zur Verarbeitung benutzt wurde.

Es ist auffällig, wie verschieden sich durchweg die in der Klinik Geborenen zu den in der Stadt Geborenen bezüglich der Gewichtsverhältnisse verhalten. (Die Kinder der Privatpatientinnen der Klinik wurden nicht mit bearbeitet.) Dabei zeigt es sich, daß die männlichen ehelichen Mehrgeborenen der Stadt die Meistgewichte aufwiesen.

Im einzelnen bemerkt man bei einer Gegenüberstellung der ehelichen und unehelichen Kinder, daß in allen Kategorien der Erstgeborenen und Mehrgeborenen die Durchschnittssummen der Gewichtsverhältnisse der Unehelichen ungünstiger liegen als die der Ehelichen. Es werden also die in Paderborn gefundenen Ergebnisse bestätigt und hierdurch der Einwand zurückgewiesen, daß das Mindergewicht der Unehelichen bedingt sei durch die meist vorhandene Erstgebürtigkeit.

Die Unterschiede in den Gewichten, aufgespalten nach den verschiedenen Jahren, lassen jedoch die Grenzen mitunter recht nahe beieinanderliegend erscheinen, vereinzelt tritt sogar eine Umkehr der Verhältnisse ein. Zum Teil sind hieran die kleinen Zahlen schuld (die natürlich auch bei den ehelichen Kindern vorhanden sein können!).

Bezüglich des Materials der Frauenklinik muß darauf hingewiesen werden, daß dort wahllos die ledigen Mütter aufgenommen werden, daß aber von den ehelichen mehr die Gefährdeten Aufnahme finden, demnach das uneheliche Material der Frauenklinik relativ besser sein dürfte als das eheliche.

Der Vergleich der Längenwerte bei Erstgeborenen und Mehrgeborenen fällt bis auf die Zahlen für die in der Frauenklinik verarbeiteten männlichen Erstgeborenen zuungunsten des unehelichen Kindes aus. Inwieweit man berechtigt ist, den oft nur kleinen Abweichungen eine Bedeutung beizulegen zu dürfen, sei dahingestellt. Bei der Aufspaltung nach Jahren ist vereinzelt ein günstigerer Wert für die Unehelichen erkennbar, auch hier handelt es sich zum Teil um Verhältnisse, die auf die kleinen Zahlen zurückgeführt werden müssen. (Vgl. die Vermerke in den Tabellen.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vor dem Übergang zur Betrachtung der Gewichts- und Längenziffern unter Berücksichtigung der verschiedenen Altersklassen der Mütter sei eine Art Einführungstabelle gegeben, die das Urteil über die folgenden Angaben unterstützen soll (Tab. 4, S. 152).

Es interessieren bei der Wiedergabe der Beteiligung einzelner Altersklassen neben den absoluten Gesamtziffern die Angaben über prozentuale Beteiligung innerhalb der ganzen Gruppe, da auch hierdurch zum Teil die Wertigkeit der Gewichts- und Längenangaben beleuchtet wird.

Man erkennt ohne weiteres, daß die Hauptgebärzeit für eheliche Erstgebärende in die Jahre 21 bis 30, die der ledigen Erstgebärenden in die Jahre unter 20 bis 25, für eheliche Mehrgebärende in die Jahre 25 bis über 30, für die ledigen Mehrgebärenden in die Jahre 20 bis 30 fällt. — Diese Tatsache muß natürlich zu einer Erschwerung des Urteils bei vergleichender Gegenüberstellung gleicher Altersstufen führen, da die Wertigkeit der gefundenen Zahlen schon hierdurch in gleichen Altersstufen nicht immer gleich sein wird. Dazu kommt noch die große Verschiedenheit in den absoluten Grundzahlen, der wir bereits in der Tabelle 3a und 3b begegnet sind. Wenn demnach zwar verschiedene Momente die Deutung der gefundenen Werte nur mit größter Vorsicht gestatten, erscheint doch eine Verarbeitung des Materials gerade unter dem Gesichtspunkt der Altersbeteiligung besonders wertvoll, und wird vielleicht andere bestimmen, in gleicher Richtung an umfangreicheren Unterlagen weiter zu arbeiten.

Die Endzahlen sind hier selbstverständlich die gleichen wie in Tabelle 3a und 3b.

Im einzelnen scheinen die Zahlen der Erstgeborenen (5a) bezüglich der Gewichtsverhältnisse achtmal zugunsten der Unehelichen zu sprechen, es scheiden aber fünf wegen zu kleiner Grundziffern und dadurch bedingter Fehlerbreite als nicht beweiskräftig aus. Bezüglich der Längenverhältnisse lauten die Zahlen siebenmal günstiger für die Unehelichen, aber fünfmal knüpfen sie sich an zu kleine Grundziffern. In je sechs Fällen sind die zu kleinen Grundziffern in beiden Gruppen (Gewichte und Längen) die gleichen!

Bei den Mehrgeborenen (5b) scheinen die Gewichte dreimal günstiger für die Unehelichen zu liegen, in allen drei Fällen handelt es sich um zu kleine Grundziffern! Die Längen erscheinen günstiger für die Unehelichen in fünf Fällen, wovon aber zwei Fälle aus gleichem Grunde wie oben ausscheiden.

Namentlich unter den Mehrgeborenen, bei denen kleine, schwer verwertbare Grundziffern weniger in Erscheinung treten als bei den Erstgeborenen, schneidet bei Gegenüberstellung zu vergleichender Gruppierungen das uneheliche Kind ungünstiger ab als das eheliche. Es ist das besonders bemerkenswert unter dem schon oben angeführten Hinweis, daß angeblich die ungünstigen Gewichtsverhältnisse der Unehelichen von ihrer Erstgebürtigkeit herrühren sollten.

Die Gewichte der Erstgeborenen von Müttern bis zum vollendeten 20. Jahre (Tabelle 5a) zeigen für die Unehelichen nur einmal ein günstigeres Verhalten, doch steht die auffallend niedrige Zahl für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 4. Die Beteiligung an den einzelnen Altersklassen betrug bei ehelichen und (unehelichen) in Prozenten.

	Erstgeborene				Mehrgeborene			
	Hebammen		Frauenklinik		Hebammen		Frauenklinik	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Bis 20 Jahre . .	7,0 (33,7)	7,1 (34,1)	22,6 (36,2)	6,1 (35,8)	0,5 (7,1)	0,6 (9,7)	— (10,6)	1,1 (6,6)
21—25 „ . .	51,7 (55,4)	45,9 (48,8)	48,4 (50,2)	42,4 (53,3)	18,5 (50,0)	19,7 (48,3)	29,9 (49,1)	24,2 (52,9)
26—30 „ . .	33,7 (9,7)	34,9 (14,1)	25,8 (10,6)	39,4 (9,2)	34,6 (35,7)	40,8 (38,7)	27,6 (29,3)	33,3 (29,2)
Über 30 „ . .	7,6 (1,1)	12,1 (2,4)	3,2 (3,0)	12,1 (1,7)	42,8 (7,1)	37,9 (3,2)	42,5 (10,3)	41,1 (11,3)
G. Z.	**487 (175)**	**521 (170)**	**31 (265)**	**33 (240)**	**836 (56)**	**791 (31)**	**87 (273)**	**90 (240)**

Tabelle 5a. Erstgeborene, eheliche und (uneheliche), nach Altersklassen.

	Gewichte				Längen			
	Hebammen		Frauenklinik		Hebammen		Frauenklinik	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Bis 20 Jahre . .	3606 (3395)	3438 (3395)	3466(!) (3373)	2835(!) (3176)	51,07 (50,64)	51,03 (50,55)	52,64(!) (51,15)	48,75(!) (50,31)
21—25 „ . .	3556 (3540)	3480 (3389)	3269 (3326)	3310 (3222)	51,30 (51,11)	51,03 (50,43)	50,80 (51,10)	50,92 (50,56)
26—30 „ . .	3541 (3595)	3416 (3310)	3281(!) (3406)	3304 (3355)	51,26 (51,76)	50,87 (50,25)	50,87(!) (51,83)	51,26 (51,06)
Über 30 „ . .	3665 (3640)(!)	3398 (3508)(!)	2720(!) (3441)(!)	2801(!) (3168)(!)	51,43 (52,00)(!)	50,96 (52,25)(!)	50,00(!) (52,00)(!)	50,00(!) (49,62)(!)
Überhaupt . . .	**3563 (3497)**	**3451 (3388)**	**3299 (3255)**	**3217 (3216)**	**51,29 (50,98)**	**50,99 (50,49)**	**51,20 (51,22)**	**50,81 (50,46)**
G. Z.	487 (175)	521 (170)	31 (265)	33 (240)	487 (175)	521 (170)	31 (265)	33 (240)

Tabelle 5b. Mehrgeborene, eheliche und (uneheliche), nach Altersklassen.

	Gewichte				Längen			
	Hebammen		Frauenklinik		Hebammen		Frauenklinik	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Bis 20 Jahre . .	3750(!) (3693)(!)	2900(!) (3167)(!)	— (3462)	3230(!) (3431)	52,50(!) (51,75)(!)	49,79(!) (49,66)(!)	— (51,79)	50,00 (51,06)
21—25 „ . .	3697 (3604)	3591 (3462)	3552 (3514)	3439 (3404)	51,88 (51,82)	51,39 (51,13)	51,55 (51,21)	50,72 (50,81)
26—30 „ . .	3741 (3599)	3598 (3433)	3686 (3409)	3389 (3372)	52,07 (51,70)	51,08 (50,91)	52,04 (51,20)	51,18 (50,71)
Über 30 „ . .	3754 (4038)(!)	3614 (3500)(!)	3636 (3501)	3421 (3337)	51,93 (50,75)	51,03 (55,00)(!)	52,60 (51,78)	50,87 (50,94)
Überhaupt . . .	**3738 (3640)**	**3598 (3420)**	**3624 (3473)**	**3412 (3389)**	**51,98 (51,69)**	**51,09 (51,03)**	**52,18 (51,33)**	**50,93 (50,83)**
G. Z.	836 (56)	791 (31)	87 (273)	90 (240)	836 (56)	791 (31)	87 (273)	90 (240)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

weibliche eheliche Erstgeborene auf nur zwei Fällen und entbehrt daher jeder Beweiskraft.

Bei den 21- bis 25jährigen Müttern sprechen die Gewichte einmal zugunsten der Unehelichen — eine vorsichtige Deutung ist nötig, da sich die Grundziffern der Altersklassen in der ganzen Gruppe verhalten wie 1 zu 9, so daß von einer Gleichwertigkeit beider Zahlen nicht gesprochen werden darf!

Bei der Gruppe der 26- bis 30jährigen Mütter zeigt sich dreimal ein Verhalten in einem dem Unehelichen günstigen Sinne: einmal beim Vorhandensein einer recht kleinen Grundzahl (8), einmal bei einem Verhältnis der Altersklassengrundziffern 1 : 10.

In den Altersgruppen der über 30jährigen Mütter Erstgeborener zeigt sich dreimal ein für die Unehelichen günstiges Bild, in allen drei Fällen liegen (fünfmal) zu kleine Grundziffern für eine Verwertung vor!

In Tabelle 5b (Mehrgeborene) sind die Grundziffern für die unter 20jährigen Mütter durchweg zu gering für eine Verwertung, zweimal sprechen die Gewichte zugunsten der Unehelichen. In den Altersklassen 21 bis 25 und 26 bis 30 lauten die Gewichtszahlen für das uneheliche Kind sämtlich ungünstig und in den Altersklassen über 30 finden wir nur einmal ein Ergebnis zugunsten des unehelich Geborenen, doch liegt hier eine zu kleine Grundziffer (4) vor (gegenüber 358)!

Überblicken wir das sich durch die Gewichtszahlen ergebende Resultat verwertbarer Beobachtungen, so kann man dahin zusammenfassen, daß ein besonderer Einfluß einzelner Altersklassen auf die Gewichtsverhältnisse ehelicher und unehelicher Geborener nicht vorzuliegen scheint. Auch bei dieser Art der Aufspaltung kann man offenbar eine gewisse ungünstigere Lage des unehelichen Kindes nicht von der Hand weisen, doch sind noch weitere Nachuntersuchungen an dem Material größerer Städte erforderlich, um das für die hiesigen Verhältnisse unvermeidbare Entstehen kleiner, dann leider fast wertloser Ziffern bei der Aufspaltung zu umgehen.

Bezüglich der Längen ergeben sich ähnliche Verhältnisse, wie sie oben für die Gewichte besprochen sind. Aus der Tabelle 5a und 5b sind sie unter Zuhilfenahme von Tabelle 4 ohne weiteres abzulesen und bedürfen daher keiner besonderen Erläuterung. Auch hierbei zeigt sich, daß zweifellos häufig die zu kleine Zahl für besonders auffällige Erscheinungen wohl verantwortlich gemacht werden kann.

Ursprünglich war geplant, in den Rostocker Untersuchungen auch den Ernährungszustand der Mutter mit zu berücksichtigen. Wegen der Größe der Fehlerquellen, die nicht vermeidbar erschienen, mußte schließlich doch davon Abstand genommen werden.

Statt dessen wurde versucht, sich in das Muttermaterial einen Einblick zu verschaffen durch Registrierungen der Stillfähigkeit aller Mütter zur Zeit der Geburt.

Aus der Zusammenstellung, die aus dem Gesamtmaterial stammt, ist ersichtlich, daß zwar nur geringe Abweichungen zwischen den ehelichen und ledigen Müttern bestehen, daß aber doch die ledige Mutter benachteiligt ist. Die Stillfähigkeit kann vielleicht in gewisser Beziehung als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 6.

Stillfähigkeit der Mütter (1917 bis 1920) bei der Geburt der Kinder.

	Verheiratete		Ledige	
Voll	2613	(90,82 Proz.)	1270	(87,51 Proz.)
Zum Teil . . .	80	(2,78 „)	53	(3,65 „)
Nicht	183	(6,37 „)	127	(8,75 „)
Summe . .	2876	(100,00 Proz.)	1450	(100,00 Proz.)

ein Maßstab für die Körperverfassung gelten. Ob hierdurch Einflüsse auf das werdende Kind ausgeübt werden, ist wohl noch unbewiesen, erscheint aber keineswegs ausgeschlossen.

Auch der Rasse wird ein Einfluß auf Körpergewicht und Größe nicht ganz abzusprechen sein. Wir haben in dieser Hinsicht zu sammeln versucht, doch ist auch hier schließlich die Arbeit an immer größer werdenden Fehlerquellen und Unsicherheiten gescheitert. Man könnte sich vielleicht für berechtigt halten, beim Vergleich der Listen der Hebammen und der Frauenklinik in den relativ kleineren Zahlen der Frauenklinikkinder einen Beweis für die Bedeutung des Rasseneinschlags zu erblicken, denn ein größerer Prozentsatz der unehelichen Kinder der Frauenklinik sind mit Bestimmtheit nicht deutscher, sondern polnischer Herkunft. Bei den Stadtkindern ist das — soweit man es beurteilen konnte — nur in verschwindendem Maße der Fall. Gewisse Einflüsse könnten also zweifellos vorliegen[1]). Eine genügende Erklärung für die Gewichtsdifferenzen in dem Material der Stadthebammenlisten ist durch rassige Momente dagegen nicht gegeben. Auch die Ergebnisse in Paderborn sprechen gegen eine Überschätzung dieser Frage. Hier könnten nur ganz exakte Untersuchungen an einem besonders geeigneten Material Klärung bringen.

Einwandfreie zu vergleichende Angaben über die Arbeit der Mutter vor der Geburt waren nicht zu erhalten, es liegt nahe, anzunehmen, daß die ledige Mutter länger arbeitet als die eheliche. Aus den Beobachtungen an der Frauenklinik in Paderborn ersieht man jedoch, daß mindestens die Verhältnisse nicht überall gleichartig liegen. Wir müssen uns überhaupt vor Verallgemeinerungen einzelner persönlicher Wahrnehmungen hüten, die etwas Auffälliges in sich schließen.

Ich bin mir wohl bewußt, daß die bei der Gliederung des Kindermaterials nach ehelichen und unehelichen Geburten gefundene Gewichtsdifferenz nur ein Merkmal einer bestimmten körperlichen Verfassung sein kann. Die Bewertung dieses Merkmals als Minderwertigkeit ist eine zweite Frage. Ich kann aber Vogel nicht recht geben, wenn er — innerhalb gewisser Grenzen — dieser geringeren Gewichtszahl sogar eine Höherwertigkeit zuzusprechen geneigt ist. Für eine solche Berechtigung fehlen die Beweise.

In diesem Zusammenhange möchte ich daran erinnern, in welch umfangreichem Maße von den unehelichen Kindern psychische Minderwertigkeiten gestellt werden. Ich habe in Gemeinschaft mit Osthoff gefunden, wie relativ viel unehelich Geborene die Hilfsschule besuchen,

[1]) Eigene frühere Untersuchungen haben einen solchen Einschlag nicht erkennen lassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und gleichzeitig beweisen können, daß in mindestens 84 Proz. eine psychische Minderwertigkeit auf vererbter Grundlage vorliegt, demnach also bei der Geburt bereits in der Anlage vorhanden war. Ich erinnere ferner daran, welch große Summen Krimineller unehelich geboren sind und wie häufig die Vererbung auch hier eine entscheidende Rolle spielt. — Psychische Verfassungen haben rein körperliche Vorbedingungen, und es würde geradezu überraschen, ganz allgemein bei der Geburt eine körperliche Gleichwertigkeit unehelicher und ehelicher Kinder zu finden. Daß selbstverständlich auch unter den unehelich Geborenen körperlich und geistig hervorragende Persönlichkeiten vorhanden sein können, beweist uns die Geschichte, doch sollten wir uns davon frei machen, das, was uns Literatur und Dichtung bietet, als Norm zu betrachten. Leben und kritische Betrachtung zeigen ganz andere Werte!

Das Ergebnis vorstehender Untersuchungen läßt sich folgendermaßen formulieren:

1. Die Untersuchungen über Gewichte von 2561 Geburten der Frauenklinik in **Paderborn** aus den Jahren 1912 bis 1913 und 1916 bis 1919 — davon 1494 Eheliche und 1067 Uneheliche —, ferner von 4326 Geburten in Rostock aus den Jahren 1917 bis 1920 — davon 2876 Eheliche und 1450 Uneheliche — insgesamt also von 6887 Geburten, hat ein **Mindergewicht der Unehelichen** im Vergleich zu den ehelichen Kindern ergeben.

   In den **Längenverhältnissen** der Ehelichen und Unehelichen bestehen keine eindeutigen Differenzen, doch sind im allgemeinen die Werte der Unehelichen niedriger als die der Ehelichen.
2. Auch bei der Trennung in **Erstgebürtige** und **Mehrgebürtige** tritt keine Veränderung dieser Ergebnisse ein. Es zeigt sich also, daß die Erstgebürtigkeit als solche nicht die Mindergewichte der Unehelichen bedingt.
3. Bei der Betrachtung der Gewichte und Längen Rostocker Neugeborener unter Berücksichtigung der **Altersklassen der Mütter** und der **Gebürtigkeit** zeigte sich meist ein gleiches Ergebnis wie unter 1, vereinzelt ließen sich wegen der durch die Aufspaltung des Materials bedingten Kleinheit der Ziffern keine Schlüsse ziehen. Ein besonderer Einfluß einzelner Altersklassen scheint **nicht** vorzuliegen.
4. Von der Untersuchung über die durch den Ernährungszustand der Mutter bedingten Einwirkungen mußte abgesehen werden, dagegen wurde versucht, an der Hand der mütterlichen Stillfähigkeit einen Einblick in das Muttermaterial zu gewinnen, wobei sich in Paderborn kein Unterschied, in Rostock eine geringe Schlechterstellung lediger Mütter ergab.
5. Durch die Rasse bedingte Einwirkungen auf Gewichts- und Längenverhältnisse wurden wegen der Menge von Fehlerquellen nicht geprüft, doch spricht das Verhalten des Rostocker Materials (Klinik und Stadt) nicht sehr dafür, auch hatten frühere Untersuchungen über ein kleineres abgegrenztes Material eine solche Einwirkung nicht gezeigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. Im ganzen bestätigen und vertiefen vorliegende Untersuchungen die bereits von mir in einer früheren Veröffentlichung ausgesprochene Anschauung.

Es erscheint auf Grund dieser Ergebnisse wohl berechtigt, im allgemeinen von einer angeborenen geringeren körperlichen Wertigkeit der unehelichen Kinder zu sprechen, was aber nicht ausschließt, daß auch unter diesen Kindern gut entwickelte vollwertige Individuen vorhanden sind.

Praktisch dürfte sich aus diesem Ergebnis folgern lassen, daß die Fürsorge für die unehelichen Kinder nicht erst nach der Geburt einzusetzen hat, sondern daß, wie es bereits in Norwegen gesetzlich geregelt, schon mehrere Monate vor der Geburt Maßnahmen zu treffen sind, die eine gute und ungestörte Entwicklung des werdenden Kindes gewährleisten.

Literaturverzeichnis.

Camerer, Das Gewicht zum Längenwachstum des Menschen, insbesondere im ersten Lebensjahre. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 53, 1901.

Eller, Statistische Mitteilungen über Säuglings- und Kindersterblichkeit im Industriebezirk Solingen. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege 1909.

Genersich, Amtliche Nachforschungen über das Schicksal der unehelichen Säuglinge. Bericht über den 3. Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz. Berlin 1911.

Peller, Die Maße der Neugeborenen und die Kriegsernährung der Schwangeren. Deutsch. med. Wochenschrift 1917, Nr. 6.

Prochownik, Über die Ernährungskuren in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gynäkologie 1917, Nr. 32.

Reiter, Zur Konstitution des unehelichen Kindes. Zeitschrift f. angew. Anatomie u. Konstitutionslehre, Bd. 6, 1920.

Reiter u. Klesch, Beitrag zum Problem des unehelichen Kindes. Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 28.

Reiter u. Helm, Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch die Geschwisterzahl und die soziale Lage der Eltern beeinflußt? Öffentl. Gesundheitspflege 1921, Heft 2 u. 11.

Reiter u. Osthoff, Die Bedeutung endogener und exogener Faktoren bei Kindern der Hilfsschule. Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. 94, Heft 2/3, 1921.

Ruge, Über den Einfluß der Kriegsernährung auf Fruchtentwicklung und Laktation. Zentralbl. f. Gynäkologie 1916, Nr. 33.

Selter, Die Ursache der Säuglingssterblichkeit unter Berücksichtigung der Jahreszeit und der sozialen Lage. Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten 1919, Bd. 88, Heft 2.

Walter, Ein Beitrag zur Frage über die Konstitution des unehelichen Kindes. Rostock 1921. Dissertation.

Martius, Konstitution und Vererbung. Berlin, Springer, 1919.

Vogel, Zur Konstitution des unehelichen Kindes. Deutsch. med. Wochenschrift 1921, Nr. 14.

Nägler, Ein weiterer Beitrag zum Problem des unehelichen Kindes. Rostock 1922. Dissertation.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

[Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule Dresden.
Direktor: Prof. Dr. Ph. Kuhn.]

Über geschäftsmäßige und amtliche Ehevermittelung.

Von Dr. med. Fetscher.

(Schluß.)

Die Heiratsvermittelungen.

Ehevermittelungen unterliegen nach § 35 der Reichsgewerbeordnung der Anzeigepflicht. Sie sind demnach als behördlich konzessionierte Institute zu betrachten. § 656 des Bürgerlichen Gesetzbuches bestimmt jedoch, daß das Versprechen einer Vergütung für Eheanbahnung rechtsunwirksam sei. Schon erfolgte Zahlungen können aber im Klagewege nicht zurückgefordert werden. Die Ehevermittelungen sind deshalb rechtlich in einer etwas schiefen Lage. Einerseits sind sie als Gewerbe anerkannt, andererseits können ihre Kunden vereinbarte Zahlungen verweigern, ohne daß der Vermittler in der Lage wäre, seine Forderung einzutreiben. Sie sind deshalb mehr als jeder andere Beruf zur Vorsicht genötigt und zu einem Geschäftsbetrieb, der von den sonst üblichen Formen erheblich abweicht. Mich über die Arbeitsweise zu unterrichten, schlug ich folgenden Weg ein:

An die größtenteils durch die Zeitung erfahrenen Adressen schrieb ich Postkarten folgenden Inhalts:

„Bitte um Mitteilung Ihrer Geschäftsbedingungen."

Stets lief darauf Antwort ein, die meist unter Nachnahme von 40 bis 60 M. erfolgte. Ich habe die Annahme derartiger Sendungen immer verweigert und erhielt dann ein paar Tage später meist ein neuerliches Nachnahmeschreiben, dessen Betrag wesentlich geringer war. Nach abermaliger Annahmeverweigerung kam ohne Ausnahme ein einfacher Brief, der einen Fragebogen, Aufforderung zur Vorschußleistung von 200 bis 750 M. enthielt und eine Reihe von Angeboten unter Decknamen. Auf diese Weise kam ich zu den statistisch unten ausgewerteten Anträgen.

Die Fragebogen enthalten Spalten zur Angabe der üblichen Personalien, Namen, Wohnort, Alter, Stand, Beruf, Einkommen, Vermögen, ferner die Frage: „Welche Ansprüche stellen Sie an die betreffende Dame Ihrer Wahl?" Einigemal lautete dieser Punkt sogar:

„Wieviel Vermögen muß die Dame besitzen?"

Nicht einmal ist mir jedoch die Frage nach der Gesundheit des Bewerbers begegnet, wie denn gerade bei der Vermittelung alles lediglich Geschäft ist und von keiner sonstwie gebotenen Rücksicht geleitet wird. Gewiß werden sie sich bemühen, die Ansprüche ihrer Kunden zu erfüllen, soweit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es möglich ist, doch sind sie dabei in keiner Weise von irgendwelchen ethischen oder sozialen Bedenken beeinflußt.

Die sogenannte Vorschußleistung, die stets auch verlangt wird, soll zur Bestreitung der erwachsenden Auslagen des Vermittlers dienen. Außerdem wird gewöhnlich auch noch eine Einschreibegebühr von 20 bis 60 M. gefordert und die Zusicherung verlangt, noch entstehende Kosten zu tragen, die sich aus nötig werdenden Reisen usw. ergeben. Nicht genug damit, wird die Unterzeichnung der Verpflichtung verlangt, nach der Ehe, meist 14 Tage nach der standesamtlichen Trauung, 1 bis 3 Proz. der Mitgift der betreffenden Dame zu zahlen. Nicht selten wird die „ehrenwörtliche" Zusicherung verlangt, da aus den oben angeführten Gründen ein Rechtszustand durch Unterzeichnung eines solchen Formulars nicht begründet ist. Alles in allem verstehen es die Vermittelungen ausgezeichnet, ihren Vorteil zu wahren und ein glänzendes Geschäft zu machen, was auch aus dem Umstande ersichtlich ist, daß in Stuttgart allein 36 konzessionierte Ehevermittelungen tätig sind, wie aus einer mir persönlich gemachten Mitteilung des Statistischen Amtes der Stadt Stuttgart hervorgeht. Leider wurden Angaben über die Höhe der von diesen Unternehmungen gezahlten Steuern verweigert, weshalb exakte Rückschlüsse auf den Umfang ihrer Tätigkeit nur sehr schwer möglich sind.

Durch Vermittler.

	Insgesamt	Davon bis zu 25 Jahren	Bis zu 30 Jahren	30 bis 40 Jahren	40 bis 50 Jahren	Über 50 Jahre
Männlich	363	21	81 (2)	194 (21)	78 (7)	9
In Prozenten	100	5,8	23,3	52,6	15,8	2,5
Weiblich	451	63	154	192	38	4
In Prozenten	100	13,8	36,3	50,6	8,4	0,9

Die Zahlen in Klammer bedeuten die Akademiker unter den Bewerbern.

Ich bin nun mit den gleichen Vermittelungen je als männlicher und weiblicher Bewerber in Verbindung getreten, nämlich mit 22. Ich erhielt von ihnen die in nebenstehender Tabelle zusammengefaßten Angebote, die jedoch zweifellos niemals die gesamten der Vermittelung zur Verfügung stehenden Bewerber darstellen. Da es naturgemäß meine finanzielle Leistungsfähigkeit überstieg, überall Einschreibegebühr und Vorschußleistung zu bezahlen, erhielt ich stets nur ein paar Angebote, gewissermaßen als Beispiele vorgelegt. Auffallend ist, daß im Gegensatz zu den Heiratsanzeigen die weiblichen Bewerber in der Überzahl zu sein scheinen, doch mag es sich hier auch nur um ein Spiel des Zufalls handeln. Das durchschnittliche Alter beträgt für die Männer 35,8, für die Frauen 33,2 Jahre, ist also beträchtlich höher als das durchschnittliche Heiratsalter im Volksganzen, aber nicht unwesentlich geringer als das Alter der Bewerber, die sich der Zeitungsanzeige bedienen (vgl. 1. Abschnitt). Wir können jedoch dennoch mit Sicherheit aus dem Durchschnittsalter schließen, daß auch der Benutzung der Vermittelungstätigkeit mannigfache Bedenken im Bewußtsein des Volkes gegenüberstehen, die nur allzu berechtigt sind. Dazu kommt, daß der Vermittler stets ein kostspieliger Weg zur Suche nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einem geeigneten Partner bleibt. In sozialer Hinsicht kommt in Betracht, daß der Eifer des Vermittlers von der Ehetauglichkeit des Bewerbers unabhängig ist und lediglich von der Höhe des umzusetzenden Vermögens bedingt wird, da er ja an diesem prozentual interessiert ist. Unter den männlichen Bewerbern ist vor allem wieder der Kaufmannsstand vertreten. 31 von 363, also rund 9 Proz., sind Akademiker, was ungefähr mit der in den Heiratsanzeigen gefundenen Zahl übereinstimmt. Weiter finden sich noch einige Landwirte und Handwerker, Arbeiter überhaupt nicht. Unter den weiblichen Bewerbern sind einige mit unehelichen Kindern.

Das einzelne Angebot wird von den Vermittelungen in verschiedener Form weitergegeben; meist lassen sie, die größeren Unternehmen wenigstens, die Personalien ohne Namen und mit Decknummer versehen drucken und geben sie dann an Interessenten ab. Briefliche Angebote unter diesen Decknummern werden dann von dem Vermittler weitergegeben, späterhin auf Wunsch persönliches Zusammentreffen usw. herbeigeführt. Von den weiblichen Bewerbern werden häufig Photographien vervielfältigt und mit Nummern und Personalien versehen an Interessenten verschickt. Kleinere Vermittelungen machen schriftliche Angebote oder bitten, sie zu persönlicher Aussprache zu besuchen. Man findet die verschiedenste Behandlung der doch streng vertraulichen Angaben. Von besonderer Diskretion ist gewöhnlich nicht die Rede. Für feinfühlige Naturen muß schon allein die Versendung der Bilder recht verletzend wirken, abgesehen von der häufig gemachten Versicherung, daß der Vermittler „glänzende Partien an der Hand habe“ Das persönliche Zusammentreffen der Bewerber wird nicht zu selten nach Art einer geselligen Veranstaltung im Hause des Vermittlers bewirkt. Ein Bekannter, der sich einmal einer Berliner Vermittelung bedient hat, versicherte mir, daß ein solcher Heiratstee einwandfrei in den besten gesellschaftlichen Formen stattfindet. Er bediente sich allerdings einer besonders teueren Vermittelung, die in den ersten Kreisen eingeführt sein soll.

Die Mehrzahl der Vermittelungen betreibt großzügige Reklame in allen Zeitungen, in denen erfahrungsgemäß Heiratsgesuche häufig vorkommen. Unter 3243 Heiratsanzeigen waren 280 Anpreisungen von Vermittelungen, also 8,1 Proz. In Württemberg fanden sich in einem Monat 57; im Jahre wären deshalb 684 zu erwarten, 6,3 Proz. der Heiratsgesuche. Die Reklame ist meist sehr derb und marktschreierisch. Überschriften wie „Glänzende Partien für jedermann“ oder „Reiche Partien in feinsten Gesellschaftskreisen“ usw. sind an der Tagesordnung. Manchmal finden sich auch Anzeigen wie folgende: „Für Dame, 24 Jahre alt, 400 000 M. bar, später mehr, wird geeignete Partie, nur Akademiker, gesucht. Näheres durch Frau X . . , Ehevermittelung.“ Auf eine dieser Anzeigen habe ich geschrieben und erhielt dann die Aufforderung, 500 M. Kostenvorschuß zu leisten, ohne daß weiter von der angepriesenen Dame die Rede gewesen wäre. Ich glaube daher, daß in den meisten Fällen derartige von Vermittelungen angebotene Verbindungen glatt erfunden sind und lediglich zur Anlockung bestimmt sind. Solches Vorgehen ist selbstverständlich als grober Unfug zu bezeichnen und überschreitet zweifellos die Grenzen statthafter Reklame um ein Beträchtliches. Häufig sollen auch Anzeigen aufgegeben werden, die von den Vermittelungen nicht gezeichnet sind, obgleich sich eine solche dahinter versteckt. Mir selbst ist das nicht begegnet. Umgekehrt liefen auch unter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den mir zur Verfügung stehenden Antworten auf die erwähnten beiden Anzeigen keine Vermittlerangebote ein, wie dies von anderer Seite als häufig bezeichnet wird. Man begegnet auch öfters Unternehmen, die ihrem Geschäft ein soziales Mäntelchen umhängen. Der Prospekt einer solchen Vermittelung beginnt mit den Worten: „Die neue Zeit bringt dem christlichen Leben täglich neue Gefahren...", leitet dann allmählich darauf über, daß die Familie die Pflanzstätte der Religiosität und der Lebensgefährte dementsprechend auszuwählen sei. Da dies unter den heutigen Verhältnissen sehr schwer sei, müsse die — Ehevermittelung helfen. Zweifellos werden viele Unerfahrene auf derartig geschickte Reklame hereinfallen, vor allem, wenn noch, allerdings völlig unkontrollierbar, Empfehlungsschreiben „erster Persönlichkeiten" abgedruckt sind. Eine andere Vermittelung versicherte mir auf meine Anfrage, daß sie unter „streng sozialen Gesichtspunkten" arbeite, daß sie lediglich um einem „dringenden Bedürfnis abzuhelfen" ihre Tätigkeit ausübe. Dann behauptete sie, gerade für mich „geeignete, erstklassige reiche Partien an der Hand zu haben" und bittet um 30 M. Einschreibegebühr, 250 M. Kostenvorschuß und um die Zusicherung von 2 Proz. der Barmitgift der betreffenden Dame, zahlbar 14 Tage nach der standesamtlichen Trauung.

Eine besonders geschäftstüchtige Vermittelung ist mir untergekommen, die sich selbst noch durch Vertrieb von Geheimmitteln zur Empfängnisverhütung einen kleinen Nebenerwerb sichert. Nicht uninteressant dürfte es ferner sein, daß sich eine Reihe von Heiratsvermittelungen aus Stellvermittelungen entwickelt hat.

Neben der durch Reklame und durch direkte Angebote erworbenen Kundschaft findet der Vermittler zu einem kleinen Teil Bewerber, die nach einer Vermittelung suchen. Dies geschieht meist wieder auf dem Wege der Zeitungsanzeige. Diese Sitte scheint vor allem in jüdischen Kreisen eingebürgert zu sein, denn ich fand unter 27 Anzeigen, in denen nach einem Vermittler gesucht wurde, nur zweimal keinen Hinweis darauf, daß es sich um eine jüdische Ehe handeln soll. Die erwähnten Anzeigen kommen auf 3242 sonstige Heiratsgesuche und Vermittleranzeigen, betragen also etwa 0,8 Proz. von diesen. Das Vermittlerwesen scheint überhaupt in jüdischen Kreisen recht verbreitet zu sein. Auch in den gewöhnlichen Heiratsanzeigen wird sehr häufig die Überschrift „Israelitische Ehe" usw. gefunden. Eine statistische Aufnahme dieser Tatsache schien mir jedoch untunlich, da das Ergebnis zweifellos einen zu niedrigen Prozentsatz gezeigt hätte, findet sich doch die Angabe der Religion kaum in der Hälfte der Fälle.

Die Heiratszeitungen.

Eine Zwischenstellung zwischen der Heiratsanzeige und der Vermittelung nehmen die Heiratszeitungen ein, deren immer neue entstehen und stets größere Verbreitung finden. Das älteste Unternehmen dieser Art und zweifellos das einwandfreieste ist der „Lebensbund". Er arbeitet auch weitaus am billigsten und verlangt von den Beziehern der Brieflisten nicht, daß sie selbst eine Anzeige aufgeben, wie es sonst alle mir bekannt gewordenen Unternehmungen gleicher Art tun. Der gewöhnliche Weg der Vermittelung ist hier folgender: Die Bewerber geben von der Redaktion mit Nummern versehene Anzeigen auf. Diese werden zu einer Herren-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und einer Damen-„Briefliste“ zusammengestellt und an die Abonnenten verschickt. Unter der Decknummer kann nun durch die Vermittelung des Herausgebers die Korrespondenz begonnen werden. Es genügt übrigens auch, ohne selbst zu inserieren, die betreffende „Briefliste“ zu bestellen und aus den Anzeigen passende Bewerber auszusuchen. Die Auswahl ist dabei recht groß, enthält doch eine Nummer einer Heiratszeitung mehrere Hundert Angebote. Außerdem scheint die Diskretion in viel höherem Maße als bei den Vermittelungen gewährleistet und es ist der Kreis der Leser gegenüber der Tageszeitung nur auf die Interessenten selbst beschränkt, was den Vorteil mit sich bringt, daß es weniger leicht vorkommt, daß sich Unberufene einen unpassenden Scherz erlauben. Ganz ausgeschlossen ist es natürlich auch nicht und vor allem bietet die Heiratszeitung so wenig als alle anderen Eheanbahnungsinstitute irgend eine Gewähr für die Gesundheit der Bewerber.

In je einer Nummer von drei verschiedenen Heiratszeitungen fanden sich an Angeboten zusammen:

	Insgesamt	Davon bis zu 25 Jahren	Bis zu 30 Jahren	30 bis 40 Jahren	40 bis 50 Jahren	Über 50 Jahren
Männlich	494	47	93	262	79	23
In Prozenten	100	9,5	19,0	50,9	16,0	4,6
Weiblich	359	33	75	171	71	9
In Prozenten	100	9,2	20,9	47,6	19,8	2,5

In nebenstehender Tabelle sind die Angebote ohne Altersangabe weggelassen. Es handelt sich um 35 männliche und 33 weibliche Anzeigen. Das durchschnittliche Alter der Bewerber beträgt für die männlichen 39,8, für die weiblichen 37,1 Jahre, ist also gegen die Norm bedeutend erhöht, ein Beweis dafür, daß auch gegen die Benutzung der Heiratszeitungen recht wesentliche Hemmungen in der Psyche des einzelnen bestehen. Das Bild der Bewerber gleicht nach sozialer Gliederung usw. ganz dem bei den Zeitungsanzeigen gewonnenen, doch tritt der rein geschäftsmäßige Anlaß als Grund zur Suche nach einem geeigneten Partner ganz wesentlich zurück. „Einheiraten“ usw. bleiben fast ausnahmslos die Domäne der Tagespresse. Die einzelnen Anzeigen sind im allgemeinen länger und ausführlicher, gehen oft auf nicht materielle Wünsche ein und sind zum Teil in ihrer Ausdrucksweise anerkennenswert hübsch. Ich lasse ein paar Beispiele dieser Art folgen:

„Ich suche den Wahlverwandten meines Wesens, seine Ergänzung. Höchsten Ausgleich ersehne ich in der Vereinigung mit einem Manne, der eine feingestimmte Seele mit kraftvollem Geist vereinigt, tief veranlagt, geistig regsam und strebsam ist. Einem solchen Menschen möchte ich angehören, mit ihm ein schaffensfreudiges, tiefinnerliches, glückdurchsonntes Leben aufbauen. Neben ernst. Sinn trage ich viel Wärme im Herzen, habe ein sonniges Gemüt u. lebensfrohen Mut. Ich liebe das Leben wo es gut, schön und reich ist und uns froh, frei und glücklich macht. Natur, Musik, Literatur, jegl. Kunst, vor allem auch eine gemütliche Häuslichkeit, sind mir Lebensnotwendigkeit. — Ich bin Pastorentochter (nicht verm., Vater tot), dunkelblond, gesund, mittelgroß u. schlank, 27 Jahre alt, mit viel Sinn u. prakt. Befähigung für Hauswirtschaft, im Beruf wissenschaftl. Lehrerin.“

„Höherer Regierungsbeamter, Dr. jur., 36 J. alt, ev., mittl. Figur, 22 000 M. Vermögen, ersehnt Gründung einer Heimstätte persönlichen Lebens durch Bund mit seelenverwandtem Wesen, das für alles Hohe und Schöne begeistert, abhold aller materialistischer Verflachung u. gottfremder Halbkultur, meinem inneren Ich Echo

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gibt in treuer Lebensgemeinschaft, mir Frau wird und Kamerad zugleich in meinem beruflichen Streben. Mit Adel der Seele soll sich vermählen Gesundheit des Körpers, Liebreiz echter Weiblichkeit gepaart mit häuslichem Sinn und Prägung einer Dame von Welt, die unser Heim zu einer Stätte vornehmer Geselligkeit gestalten wird. Freude an Natur und Reisen soll Gewähr sein, daß die Schönheiten ferner Länder, in die mich der auswärtige Dienst des Reiches führen kann, uns gemeinsam sind. Gaben des Geistes und Herzens, gepaart mit echt häuslichem Sinn, sind mehr als irdische Güter; ..."

Bemerkenswert ist, daß eine große Zahl von Auslandsdeutschen sich der Heiratszeitung bedient, um eine deutsche Frau zu bekommen. Gewiß ein erfreuliches Zeichen!

Die Kosten dieser Art von Eheanbahnung stellen sich auf jeden Fall niedriger als die durch Vermittelung, aber wesentlich teurer als Anzeigen in der Tagespresse. Das Abonnement einer Heiratszeitung kostet durchschnittlich halbjährlich etwa 40 M., wofür alle 14 Tage eine „Briefliste" geliefert wird. Für die Gesuche wird gewöhnlich eine Wortgebühr von 1 M. berechnet. Eine Anzeige mittlerer Länge kostet daher etwa 60 bis 70 M. Der „Lebensbund" bleibt in seinen Preisen unter dem Durchschnitt und berechnet 30 M. für das Halbjahr, für Gesuche 20 M. Grundpreis und für jede weitere 12silbige Zeile 2,50 M.; bei 20 Zeilen durchschnittliche Länge kostet die Anzeige also rund 40 M. Auf jeden Fall machen die Verleger kein schlechtes Geschäft. Der Lebensbund nimmt an Inseratengebühren für eine Briefliste von 12 Quartseiten Umfang und 150 Anzeigen etwa 6500 M. ein, dazu bei Annahme von einer Auflagenummer von nur 500 Exemplaren 1250 M. an Abonnementsgebühren. Andere teuere Heiratszeitungen nehmen für jede Nummer an Inseraten und Abonnementsgebühren 16 000 bis 18 000 M. ein, bei einer Auflage von 500 Stück gerechnet. Dazu wird noch meist eine Vermittelungsgebühr von 50 Pf. für jeden versendeten Brief berechnet.

Vergleicht man die Kosten der verschiedenen Wege zur Suche nach einem Lebensgefährten, so ergibt sich bezüglich der Kosten folgende kleine Tabelle:

Die Suche nach einem geeigneten Partner kostet:

Durch	Zeitungsanzeige	60 M.
„	Heiratszeitung	120 „
„	Vermittler	500 „

im Durchschnitt.

Es ist dabei die Annahme gemacht, daß zwei Gesuche in einer Tageszeitung nötig sind; bei den Heiratszeitungen ist ein halbjähriges Abonnement und zwei Anzeigen berechnet, bei der Vermittelung Kostenvorschuß, Einschreibegebühr usw., nicht aber die Prozente der Mitgift, die stets verlangt werden. Überall sind niedrige Schätzungen vorgenommen und die Kosten, die dem einzelnen aus dem Briefwechsel erwachsen, außer Betracht gelassen.

Mir sind im Gebiet des Deutschen Reiches zurzeit fünf Heiratszeitungen bekannt, deren jede alle 14 Tage rund 250 Angebote beider Geschlechter zusammenbringt, im Jahre also etwa 6400. Der Schriftleitung einer dieser Unternehmen verdanke ich die Mitteilung, daß nach ihrer Beobachtung etwa 90 bis 95 Proz. der Bewerber im Laufe eines halben Jahres einen geeigneten Partner finden. Es würden demnach durch Heiratszeitungen allein jährlich etwa 5700 Ehen zustande gebracht. Der „Lebensbund" teilte mir auf eine diesbezügliche Anfrage mit, daß durch ihn im Laufe von 6 Jahren etwa 20 000 Ehen vermittelt worden sind. In diese Zeit fällt noch dazu der Krieg, der zweifellos ungünstig eingewirkt hat. Die Heiratszeitungen scheinen demnach sicher erfolgreich zu sein, vielleicht am erfolgreichsten von allen Instituten, die sich mit Eheanbahnung befassen, und sicherlich in sozialer wie ethischer Hinsicht am einwandfreiesten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über Notwendigkeit und Form einer amtlichen Ehevermittelung.

Aus der Häufigkeit der Benutzung von Heiratsanzeigen zur Suche nach einem Lebensgefährten, aus der großen Zahl der Vermittelungen wie aus dem Entstehen immer neuer Unternehmungen, die ihren Erwerb durch die in irgend einer Form herbeigeführte Erleichterung des Sichkennenlernens der Geschlechter finden, geht unzweideutig hervor, daß die bisher gewohnte Art zufälligen Zusammentreffens nicht mehr genügt, daß Tausende ohne Lebensgefährten sein müßten ohne diese erwähnten öffentlichen Wege. Diesem Mangel bis zu einem gewissen Grade abgeholfen zu haben, bleibt ihr soziales Verdienst, doch haften all jenen Einrichtungen zum Teil recht bedenkliche Schäden an. Sie sind vor allem durchweg auf den Erwerb zugeschnitten und ziehen Gewinn aus einem sozialen Notstand. Dies allein schon muß als bedenklich bezeichnet werden, vor allem, wenn die Sucht sich zu bereichern, Formen annimmt, wie so häufig bei den Ehevermittelungen. Auch den Tageszeitungen kann der Vorwurf nicht erspart werden, daß sie an den Heiratsanzeigen mehr zu verdienen suchen, als gebilligt werden kann. Dazu kommen die Gefahren, die sich aus dem Umstande ergeben, daß sich die Heiratsanzeigen an die breite Öffentlichkeit wenden. Die Heiratsschwindler haben ihre Opfer meist durch Anzeigen kennen gelernt, von allen anderen sittlichen Gefahren, die sich besonders für die weiblichen Inserenten ergeben, ganz zu schweigen. Die Furcht in den Augen der Mitwelt durch den offen eingestandenen Heiratswunsch lächerlich und vielleicht zur Zielscheibe höchst unangebrachten Spottes zu werden, wie die Scheu, sich den erwähnten Gefahren auszusetzen, hält vor allem viele Frauen ab, sich der Heiratsanzeige zu bedienen. Es zeigt sich dies in der Minderzahl inserierender Frauen wie in ihrem gegen das durchschnittliche Heiratsalter um rund 10 Jahre höheren Lebensalter. Mit anderen Worten: erst die ältere Frau findet den Mut, nachdem die anderen Möglichkeiten versagt haben, einen Weg zu beschreiten, der mit mancherlei Unannehmlichkeiten und Gefahren gepflastert ist. Dies ist vom rassenhygienischen Standpunkt aus zu bedauern, da so bei vielen die wertvollsten Jahre für die Fortpflanzung verloren gehen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Männern. Auch sie entschließen sich nur schwer, den öffentlichen Weg der Heiratsanzeige zu beschreiten, wie ebenfalls aus dem unverhältnismäßig hohen Alter der Inserenten hervorgeht. Die Gründe mögen zum Teil die gleichen sein, doch wird wohl nicht selten der Wunsch nach einem nun genügend „genossenen“ Leben durch eine möglichst reiche Partie das Dasein auf solide Basis zu stellen, ausschlaggebend sein für die späte Benutzung der Heiratsanzeige neben einer großen Zahl materieller Gründe.

Die geeignetste Form der Eheanbahnung stellt augenblicklich die Heiratszeitung dar, wenngleich auch ihr bis zu einem gewissen Grade die Mängel der gewöhnlichen Heiratsanzeigen anhaften. Ihr Vorteil besteht vor allem darin, daß sie nur von den Ehelustigen gelesen wird, demnach ein größerer Kreis ernster Bewerber als bei Tageszeitungen vorhanden ist. Ihr Nachteil ist in den sehr erheblichen Kosten zu suchen, und in dem Umstande, daß sie natürlich auch unlauteren Elementen zugänglich ist. Die meisten Bedenken machen sich jedoch gegen die Ehevermittelungen geltend. Es sind die typischen von keinerlei Rücksichten ideeller Art

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geleisteten Erwerbsinstitute, die an ihren Kunden nur möglichst viel verdienen wollen. Es ergibt sich daraus, daß es ihnen vollständig gleichgültig ist, wie die von ihnen zustandegebrachten Ehen in sozialer Hinsicht aussehen, wenn nur das dabei umgesetzte Vermögen recht beträchtlich ist. Ihr Ehrgeiz besteht lediglich darin, die materiellen Wünsche ihrer Klienten zu befriedigen, und ihr Eifer ist proportional der Höhe der Mitgift ihrer weiblichen Klienten. Es ist ja sicher richtig, daß eine geldlich gut gesicherte Ehe weniger Belastungsproben ausgesetzt ist, als eine unter nicht so günstigen äußeren Umständen geschlossene, aber sie verträgt auch weniger, da eben bei den meisten „Geldehen" die Ehegatten in sonstiger Hinsicht zu wenig gemeinsam haben. In solchen Ehen besteht naturgemäß viel weniger als in anderen das Gefühl dauernden Gebundenseins und man entledigt sich daher viel leichter unangenehm empfundener Bande und fühlt sie bälder als drückend, wenn nichts als der äußere Vorteil die Ehegatten verbindet. Zudem kümmert sich kein einziges der genannten Vermittelungsinstitute um die körperliche Ehetauglichkeit ihrer Bewerber, die, meist in reiferem Lebensalter stehend, wohl nicht zu selten an Geschlechtskrankheiten oder doch ihren Folgezuständen zu leiden haben, so daß schwerste Enttäuschungen in der Ehe, schon bevor sie geschlossen ist, zur Gewißheit werden. Das soziale Pflichtgefühl hört leider nur zu häufig auf, wenn andere Dinge als materielle in Frage kommen. So mancher scheut sich nicht, eine Ehe einzugehen, ohne sich zu vergewissern, daß frühere Geschlechtskrankheiten vollkommen ausgeheilt sind, und überhört etwa auftauchende Bedenken, wenn nur reiche Mitgift winkt oder Vorteile sonstiger Art. Den meisten leuchtet es in keiner Weise ein, daß sie damit einen Raub schlimmster Art an der Volksgesundheit begehen, der vor dem Gesetz genau so schwer wiegen sollte wie grobe Eigentumsvergehen. Es ist zunächst Aufgabe des Staates, dafür zu sorgen, daß das Gewissen in dieser Hinsicht geschärft werde durch Androhung entehrender Strafen für jeden, der mit ungeheilten Geschlechtskrankheiten behaftet in die Ehe tritt. In hervorragender Weise erzieherisch würde weiter die Einführung des gesetzlichen Austausches von Gesundheitszeugnissen vor der Ehe wirken. Leider stellen sich dem noch große Schwierigkeiten im Bewußtsein des Volkes entgegen; eine allmähliche Überleitung zu dem angestrebten Zustande wird sich nicht umgehen lassen und könnte in bequemster Weise durch einen kleinen Umweg über die behördliche Ehevermittelung geschehen. Diese selbst hat schon ihre Vorläufer gehabt und eine Reihe gewichtiger Stimmen ist für sie eingetreten.

Löwenfeld befürwortet eine „ehrenamtliche Vermittelung in Eheangelegenheiten" (Neue Generation, November 1913).

Thewalt (Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1916) schlägt staatliche Nachweise für Ehebewerber vor. Die Benutzung dieser Vermittelung soll nach ihm an eine genaue ärztliche Untersuchung gebunden sein und an eine Prüfung der persönlichen Verhältnisse.

Eine ähnliche Einrichtung schlägt Stigler vor (Wiener med. Wochenschrift 1918, Nr. 38).

Kuhn berichtet in dieser Zeitschrift 1919, S. 152 über „Eheförderung und Rassenhygiene in den Kolonien". Er weist auf die großen Erfolge hin, welche die Deutsche Kolonialgesellschaft und ihr Frauenbund auf dem Gebiete organisierter Eheanbahnung zu verzeichnen hatte. Es wurden durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie 2251 meist weibliche Personen in die Kolonien befördert und damit eine wesentliche Zunahme deutscher Ehen erzielt. Die Organisation dieser Bestrebungen wird für alle Einrichtungen, die dem gleichen Zwecke dienen, vorbildlich sein müssen. Die Auswahl geeigneter Mädchen erfolgte durch Vertrauensleute beiderlei Geschlechts, die sich eingehend über die persönlichen Verhältnisse der Bewerberinnen, ihre Veranlagung und ihren Gesundheitszustand unterrichteten. Es wurde zudem auf eine gewisse Auswahl in rassenhygienischem Sinne Rücksicht genommen, wie sie für jede amtliche Ehevermittelung wünschenswert erscheint.

Über die Tätigkeit der Magdeburger Kriegerwitwenberatungsstelle berichtet ebenfalls Kuhn in dieser Zeitschrift 1919, S. 221 in seiner Arbeit „Über amtliche Ehevermittelung". Die Magdeburger Stelle beschränkte ihre Tätigkeit allerdings nur auf einen kleinen Kreis von Personen und ließ sich in ihrer Vermittlertätigkeit hauptsächlich von materiellen Gesichtspunkten leiten. Immerhin ist sie als der erste Versuch in Deutschland, eine behördliche Eheanbahnung in die Wege zu leiten, beachtenswert. Bedauerlich ist, daß der Gesundheitszustand der Bewerber nicht durch ärztliche Untersuchung festgestellt, sondern dieser wichtige Punkt mit einer einfachen Frage als erledigt betrachtet wurde.

Die Notwendigkeit amtlicher Ehevermittelung ist demnach von verschiedenen Seiten anerkannt, erfolgreiche Versuche, sie in die Praxis umzusetzen, vorhanden. Während aber die bisherigen Bestrebungen nur einem kleinen Teile des Volksganzen zugute kamen, müssen alle zukünftigen Unternehmen auf großzügigere Basis gestellt werden. Der Ausbau einer staatlichen Ehevermittelung, die ihre Tätigkeit über das ganze Reich und alle Volkskreise erstreckt, wird sich auf die Dauer nicht umgehen lassen. Die Verhältnisse in der privaten Vermittlertätigkeit sind derartige, daß sie geradezu als Gefahr für das Volk bezeichnet werden müssen und dringend baldiger Abhilfe bedürfen. Eine Besserung ist aber nur auf dem Wege der staatlichen Vermittelung zu erreichen.

Die Organisation eines solchen Institutes müßte in Anlehnung an die Erfahrungen der erwähnten Vorläufer erfolgen. Kuhn gibt in seiner Arbeit „Über amtliche Ehevermittelung" eingehende Vorschläge. Er fordert Berücksichtigung der gesundheitlichen und materiellen Verhältnisse der Bewerber, wenn er auch eine sofortige obligatorische Einführung von Gesundheitszeugnissen nicht für erforderlich hält. Das Hauptgewicht legt Kuhn auf die Einrichtung der „Vertrauenspersonen", die sich ihm auch bei seiner kolonialen Vermittlertätigkeit sehr bewährt haben. Er versteht darunter Personen beiderlei Geschlechts, die durch ihren Beruf in enger persönlicher Fühlung mit weiten Volkskreisen stehen und ihr Vertrauen genießen. Diese sollen mit der Zentralstelle Hand in Hand arbeiten, ihr bei Einziehung von Auskünften behilflich sein und sich der Bewerber an Ort und Stelle annehmen. Sie wären auch zweifellos die geeignetsten Mittler rassenhygienischer Gedanken und könnten vorerst den freiwilligen Austausch von Gesundheitszeugnissen in jedem Falle nahelegen. Durch die Vermittlertätigkeit angesehener Personen würde auch erreicht, daß das Mißtrauen des Volkes gegen Vermittelung überhaupt schwände und sich immer zahlreichere Bewerber jüngeren Alters fänden. Besonders wertvoll wäre auch die erzieherische Tätigkeit einer solchen Stelle, durch die die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erkenntnis in immer weitere Kreise getragen würde, daß Gesundheit die wichtigste Voraussetzung jeder harmonischen Ehe ist. Ganz von selbst ergäbe sich dabei allmählich der Brauch, Gesundheitszeugnisse auszutauschen, und mit der Zeit die gesetzliche Verpflichtung dazu. Mit dem Umfang der Tätigkeit einer staatlichen Vermittelung würde die Häufigkeit der Frühehen steigen, in ihrem Gefolge die Geburtenhäufigkeit, während die Geschlechtskrankheiten abnähmen. Bei allen Bestrebungen zur Hebung der Geburtenzahl wird daher der staatlichen Ehevermittelung ein bevorzugter Platz eingeräumt werden müssen, denn sie ist das wirksamste Mittel mit den bestehenden Gefahren des Geburtenrückganges und der erschreckenden Zunahme der Geschlechtskrankheiten aufzuräumen, da nur sie Hand an die Ursachen dieser Schäden zu legen vermag, die in erster Linie in der Spätehe, besonders der höheren Stände, zu suchen sind.

Mit der Ausbreitung der staatlichen Vermittlertätigkeit würde ganz von selbst die private eingeschränkt werden und später unschwer gänzlich zu beseitigen sein. Zu fordern wäre indes, daß schon jetzt wenigstens keinerlei neue Konzessionen erteilt würden. Durch Übernahme einer Heiratszeitung als erste Grundlage für die staatliche Vermittelung ließe sich vielleicht ebenfalls von vornherein die private etwas einschränken, wozu noch der Vorteil käme, sich damit auf eine vorhandene Organisation stützen zu können. Wie aber auch die Einzelheiten der Durchführung sein mögen, das wichtigste ist und bleibt, daß sie baldigst in Angriff genommen werden.

Bemerkungen zu dem Aufsatz von F. Winkler:

„Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg“ [1]).

Von Dr. Felix Burkhardt in Dresden.

Der Aufsatz von F. Winkler stellt in seinem ersten Teile einen sehr beachtenswerten Beitrag zur Methodik der Sterblichkeitsmessung im Säuglingsalter dar. Die gewöhnliche Berechnungsweise der Säuglingssterblichkeit, bei der die im Kalenderjahre im ersten Lebensjahre Gestorbenen auf die Lebendgeborenen desselben Kalenderjahres bezogen werden, versagt für Zeiten mit rasch fallenden oder steigenden Geburtenzahlen, da die gewöhnliche Berechnungsweise auf die Geburtenschwankungen keinen Bezug nimmt. Die von Rahts [2]) und Knöpfel [3]) vorgeschlagenen schärferen Methoden, bei denen die Gesamtheit der im Kalenderjahre gestorbenen Säuglinge nach den beiden Geburtsjahrklassen ausgegliedert wird und jeder Teil an der entsprechenden Geburtenmasse gemessen wird (beim abgeänderten Knöpfelschen Verfahren wird der Teil aus dem Vorjahre auf die das Vorjahr Überlebenden bezogen), ziehen die Geburtenschwankungen jahresweise in Rechnung, was jedoch für die ersten Kriegs- und Nachkriegsjahre, wie F. Winkler betont, noch nicht genügt. Winkler schlägt darum eine neue Berechnungsart vor, bei der er von den monatlichen Geburtenzahlen

[1]) Diese Zeitschrift 1921, Heft 5, S. 145.
[2]) Deutsches Statistisches Zentralblatt 1916, S. 185.
[3]) Ebenda 1917, S. 217 und 1920, S. 59.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Berichts- und des Vorjahres ausgeht, und daraus eine Bezugsmasse so konstruiert, daß er jede monatliche Geburtenzahl mit demjenigen Bruchteil ansetzt, der, aufs Kalenderjahr bezogen, die Zeit bezeichnet, die die betreffende monatliche Geburtenmasse im Berichtsjahre dem Sterben im ersten Lebensjahre ausgesetzt ist. An dieser fiktiven Geburtenmasse werden die Säuglingssterbefälle des Berichtsjahres gemessen.

Dieser Berechnungsweise liegt die Vorstellung zugrunde, daß von den im ersten Lebensjahre Absterbenden ein der Zeit, die vom ersten Lebensjahre ins Berichtsjahr fällt, entsprechender Teil im Berichtsjahre abstirbt.

Dieses Berechnungsverfahren von F. Winkler hat den großen Vorzug, daß es ohne Auszählung der Gestorbenen nach Geburtsmonaten die Geburtenzahlen monatweise in Rechnung zieht. Da jedoch bei der Bestimmung der Bruchteile, mit denen die monatlichen Geburtenzahlen in die Rechnung eingeführt werden, nur auf den ins Berichtsjahr fallenden Zeitteil vom ersten Lebensjahre und nicht auch auf die Absterbeverhältnisse im Säuglingsalter Bezug genommen wird, so bedarf die Winklersche Methode noch einer kleinen formalen Abänderung. Es ist ein Unterschied, ob die Lebendgeborenen vom Januar des Vorjahres oder die vom Dezember des Berichtsjahres durchschnittlich $^1/_{24}$ Jahr im Berichtsjahre dem Sterben im ersten Lebensjahre ausgesetzt sind; denn in den ersten Lebensmonaten ist das Kind weit mehr gefährdet als in den letzten Monaten des ersten Lebensjahres. Infolge der Nichtberücksichtigung der Absterbeverhältnisse im ersten Lebensjahre stellen sich die Winklerschen Sterbeziffern für Zeiten mit abnehmender Geburtenhäufigkeit etwas zu niedrig und für Zeiten mit zunehmender Geburtenhäufigkeit etwas zu hoch (bei der gewöhnlichen Berechnungsweise ist es umgekehrt); denn im ersten Falle werden die größeren Geburtenzahlen im Vorjahre zu stark und im zweiten Falle die größeren Geburtenzahlen im Berichtsjahre zu schwach bewertet.

Unter Berücksichtigung der Absterbeverhältnisse im Säuglingsalter und der Zeit, die vom ersten Lebensjahre ins Berichtsjahr fällt, ergeben sich nach den sächsischen Zahlen vom Jahre 1912 und 1913 als Bruchteile, mit denen die monatlichen Geburtenzahlen des Vorjahres bei der Konstruktion der Bezugsmasse anzusetzen sind, die folgenden Werte: 0,011, 0,035, 0,064, 0,098, 0,138, 0,186, 0,242, 0,312, 0,401, 0,509, 0,625, 0,842. Die entsprechenden Bruchteile für die monatlichen Geburtenzahlen des Berichtsjahres ergänzen die vorstehenden Werte zu 1,000. Setzt man diese 24 Werte an die Stelle der Bruchteile $^1/_{24}$, $^3/_{24}$, ..., so erhält man Sterbeziffern, die von den nach der Böckhschen Methode[1]) berechneten, welche entschieden als die schärfste Methode zu bezeichnen ist, nur wenig abweichen.

Jahr	a	b	c	d	e
1915	14,26	13,16	14,20	14,59	15,23
1916	12,66	11,79	12,69	12,27	12,64
1919	12,72	14,32	12,77	11,91	12,38
1920	11,36	11,67	11,33	12,28	12,59

a = Böckh. b = F. Winkler. c = F. Winkler (abgeändert).
d = Rahts. e = Knöpfel (abgeändert).

[1]) Bewegung der Bevölkerung der Stadt Berlin 1869 bis 1878, S. 47.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für Sachsen[1]) ergeben sich nach den verschiedenen Methoden der Säuglingssterblichkeitsmessung die vorstehenden Sterbeziffern.

Es zeigt sich, daß die Berechnungsmethode von F. Winkler für 1915 und 1916 etwas zu niedrige und für 1919 und 1920 etwas zu hohe Werte liefert. Die Ergebnisse nach dem abgeänderten Verfahren stimmen gut mit den Ziffern nach Böckh überein.

Anschließend sei noch bemerkt, daß in dem Aufsatz von F. Winkler als Böckhsche Methode dasjenige Verfahren bezeichnet wird, das Böckh zur Ermittlung der Sterblichkeit vom dritten Altersjahre ab anwendet. Für das erste Altersjahr führt Böckh dieses Verfahren für jeden einzelnen Altersmonat durch.

Chronik der Gesundheitspflege.

Schulhygiene.

Von Stadtschuloberarzt Dr. Rudolph Bandel in Nürnberg.

Auf dem Gebiete der Hygiene des Unterrichts tritt Kühnhagen (Berlin) neuerdings für vereinfachte Rechtschreibung ein. Auf die Erlernung unserer veralteten, widerspruchsvollen Rechtschreibung geht $^1/_{12}$ der gesamten Schulzeit (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege).

Auf dem Gebiete der Erziehung zur Hygiene verlangt Päetsch (Bielefeld) einen von Lehrern erteilten Tuberkuloseunterricht in den Schulen. Die erforderliche Vorbereitung der Lehrer geschieht durch erfahrene Ärzte in fünf Vorträgen: 1. Bakteriologie und pathologische Anatomie, 2. verschiedene Krankheitsverlaufsformen, 3. Behandlung der Tuberkulose, 4. Ausbreitung und Organisation ihrer Bekämpfung, 5. Film des deutschen Zentralkomitees.

Klassenaufsätze der Schüler geben die Probe für den Unterrichtserfolg. Solcher Unterricht findet statt in Dresden, Stettin und anderen Städten (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege).

Den größten Raum auf dem Gebiete der Erziehung zur Hygiene nimmt seit längerem die Frage der Leibesübungen ein. Im ganzen hat man den Eindruck, daß von den gestellten höheren Anforderungen in der Schule noch nicht allzuviel Praxis geworden ist.

Vom 1. bis 4. Juli 1921 tagte in Mannheim der 16. Deutsche Kongreß für Volks- und Jugendspiele. Es sprachen Oberrealschuldirektor Dr. Neuendorf (Mülheim a. Rh.): Gesundung des deutschen Volkes durch Leibesübungen. Die Spielnachmittage müssen entweder in die Pflichtstunden der Lehrer eingerechnet oder es muß eine besondere Vergütung bereitgestellt werden. Ebenso sind Mittel für das Wandern erforderlich. Tägliche Turnstunde! Das Turnen ist als Fach den wissenschaftlichen Fächern gleichzuwerten.

Wohlfahrtsamtdirektor Strohmeyer (Pinneberg): „Wie gewinnen wir das Land für die Pflege der Leibesübungen." Geeignete Ausbildung der

[1]) Zeitschrift des Sächs. Statist. Landesamtes 1920/21, S. 17.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lehrer, Anpassung der Leibesübungen an die ländlichen Verhältnisse. Bestellung eines hauptamtlichen Kreispflegers für Leibesübungen auf dem Lande. Ausnutzung der Volksfeste für die Leibesübungen.

Frl. Dr. A. Profé (Charlottenburg): „Leibesübungen der Mädchen und Frauen." Die noch bestehende Zurückhaltung in der Ausgestaltung der Leibesübungen der Frauen ist zu überwinden. Wanderungen sind für die Mädchen ebenso nötig wie für die Knaben.

Dr. Glisow (Mainkur bei Frankfurt a. M.): „Kulturelle Bedeutung des Schwimmens." Der deutsche Schwimmverband sieht in seinem Sport eine bewußte Einseitigkeit. Der Wille ist es, der den Sport zur Leibesübung adelt. Das Rettungsschwimmen stellt diesen Sport in den Dienst der Nächstenliebe. Der Schwimmunterricht muß physikalisch aufgebaut werden, der Erfolg mit Zeit- und Längenmaß gemessen werden. Die Bewertung der Mannschaftskämpfe muß höher sein als die der Einzelleistungen.

Aus Mannheim wird berichtet, daß dort zuerst unter den deutschen Städten der Schwimmunterricht in den Lehrplan der Schulen aufgenommen sei.

Worringen, Stadt- und Sportarzt in Dortmund, schreibt über Einrichtungen und sporthygienische Untersuchungs- und Beratungsstellen und ihre Aufgaben: Sportärztliche Untersuchung vor Beginn des eigentlichen technischen Trainings ist unerläßlich. Der Fußballehrer Knesebeck verlangt als Übungsleiter am besten einen Arzt. Bei der Untersuchung sind nicht nur einige wichtige Körpermaße zu nehmen, sondern die Funktionsfähigkeit des jugendlichen Organismus zu messen. Turnunterrichtsenthebungszeugnisse müssen Angaben enthalten, welche andere Leibesübungen an die Stelle der ausfallenden Turnübungen treten sollen. Der Sportarzt muß mit einem Röntgenapparat ausgestattet sein. Er soll die sporthygienische Untersuchungs- und Beratungsstelle verwalten. Die praktischen Ärzte nehmen ihren Maßstab zu sehr aus den Krankheitsbeobachtungen und den daraus geschöpften Erfahrungen. Demgegenüber wird an einen Ausspruch Du Bois-Reymonds erinnert: In Deutschland warnen die Ärzte aufs ängstlichste vor Sportübertreibungen; in England mit seinem viel verbreiteteren Sport seien Gesundheitsstörungen durch sportliche Übertreibungen durchaus nicht häufig, sowie an einen Ausspruch von Mallwitz: Die Zahl der gesundheitlichen Schaden Leidenden, weil sie Leibesübungen nicht oder ungenügend treiben, ist unermeßlich viel größer als die, die durch Übermaß der Leibesübungen ihre Gesundheit schädigen.

Als Aufgaben des Sportarztes werden schließlich bezeichnet: Beratung und Erledigung aller medizinischen Fragen des Jugendamtes. Ärztliche Untersuchung und Beaufsichtigung bei der gesetzlich zu regelnden Turn- oder Sportpflicht der Jugend und Untersuchung und Beratung aller Sportsleute, die sich trainieren. Befreiung der Kinder vom Turnunterricht. Fürsorge für Sportverletzte. Eignungsprüfung für bestimmte sportliche Leistungen (Methoden der Leistungssteigerung).

In einer Arbeit, welche die Kriegsfolgen an der körperlichen Verfassung der fortbildungsschulpflichtigen Jugend bespricht, fordert Kaup (München) erhöhte Pflege der Leibesübungen: wöchentlich drei Turnstunden, ein schul- und aufgabenfreier Halbtag zu Leibesübungen in frischer Luft für Volksschulen und höhere Lehranstalten, eine Turnstunde wöchentlich und ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

arbeitsfreier Halbtag für Leibesübungen in frischer Luft für Fortbildungs- und Fachschulen (Münchener med. Wochenschrift).

Jessner (Königsberg), der selbst einen Lehrauftrag an der Albertina in Königsberg für Sexuallehre erhalten hat, fordert in einem Artikel, „Aus dem Gebiet der Sexuallehre" (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege), daß alle Erziehungs- und Unterrichtsorgane sich mit Sexualpädagogik befaßten, angefangen im Elternhause und endend in der Hochschule.

Von den Krankheitszuständen der Schuljugend befassen zwei Arbeiten, Johanna Kräuter, Schulärztin an den städtischen Mädchenmittelschulen und Fürst an den Fortbildungsschulen, beide in München, sich mit der Kropfhäufigkeit ihres Beobachtungsbereiches. Kropf ist entschieden häufiger geworden. Kräuter zählte 1913 32,4 Proz., 1920 41,5 Proz. männliche kropfbefallene Jugendliche. Die 16- und 17jährigen sind nur halb so häufig betroffen als die 13- und 14jährigen. Ein amerikanisches, in der Schweiz von Klinger in Zürich bereits nachgeahmtes Vorgehen, Jodostearintabletten monatelang an ganze Schulklassen (kropfbefallene und kropffreie Kinder) zu verabreichen, wird zur Beachtung empfohlen.

Carrie, Lehrer an der Sonderschule für Sprachkranke in Hamburg, tritt in der Zeitschrift für Kinderforschung wieder für sein seit 10 Jahren verfochtenes und in Hamburg bereits durchgeführtes Werk ein: nicht Stotterheilkurse mit ihren ungenügenden und vorübergehenden Heilerfolgen, sondern Sonderschulen für Sprachkranke!

Über die Ursachen des Sitzenbleibens bei Schulkindern verhandelte der Berliner Verein für Schulgesundheitspflege am 1. Februar 1921. Der ärztliche Referent, Dr. Harms, führte eine Aufstellung von Rektor Haase an, derzufolge in einem Drittel der Fälle „äußere" Ursachen für das Sitzenbleiben (Schulwechsel, häusliche Verhältnisse, Erwerbstätigkeit), in zwei Dritteln die in den seelischen Anlagen des Kindes gelegenen Hemmungen anzuschuldigen gewesen seien, während Referent selbst nach eigenen Untersuchungen die „äußeren" Ursachen nur zu 12,5 Proz., die „inneren" dagegen zu 87,5 Proz. beteiligt fand. Harms führt diesen Unterschied auf den Mangel der notwendigen medizinischen Vorbildung bei Beurteilung der obwaltenden Umstände seitens des Schulmannes zurück.

Dieser Statistik gegenüber wurde in der Aussprache das Fehlen eines Vergleichs mit Nichtsitzenbleibern hervorgehoben. Ferner wurde der Vorschlag gemacht, das Sitzenbleiben sollte auf bestimmte Fächer beschränkt werden (z. B. Sitzenbleiben im Französischen, aber Aufrücken in Mathematik).

Die Erhebungen der Folgen des Krieges und der Hungerblockade an der Jugend nehmen noch immer das verdiente Interesse der allgemeinen und wissenschaftlichen Öffentlichkeit in Anspruch. Der auf diesem Gebiete schon mehrfach mit Mitteilungen hervorgetretene, früher in Straßburg, jetzt in Frankfurt tätige Arzt Prof. Dr. Schlesinger berichtet neuerdings (Münchener med. Wochenschrift): Die im zweiten und dritten Kriegsjahre einsetzende und weiterhin fortschreitende Hemmung im Längen- und Massenwachstum ist nach einem Tiefstand in den Jahren 1919/20 zum Stillstand gekommen. Teilweise hat Einholen des Rückstandes, zum mindesten hinsichtlich des Längenwachstums, eingesetzt. Somit erscheinen die Aussichten auf einen Fortschritt der Erholung unserer Jugend oder der in und nach dem Kriege erlittenen Schäden und Hemmungen nicht ungünstig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

An den Mittelschulen stehen die Resultate hinter denen der Volksschulen zurück. Auch kann zunächst nur von einer Besserung der Verhältnisse des Wachstums, der Entwicklung, noch nicht aber von einer Hebung des Ernährungszustandes der Kinder gesprochen werden.

An männlichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren hat Kaup in München eingehende Untersuchungen im Herbst 1920 veranstaltet, denen sehr brauchbare Vergleichsuntersuchungen der Vorkriegszeit gegenüberstanden. Als Kriegs- und Blockadefolge ergibt sich eine Verminderung der Körperlänge um 1 bis 2 Proz., des Körpergewichts um 3 bis 5 Proz. Dabei ist zu beachten, daß in München die Verhältnisse sicher günstiger lagen als in Berlin, Hamburg, sächsischen Städten und anderen Bezirken (Münchener med. Wochenschrift).

Nach einer amtlichen Umfrage des Reichsgesundheitsamtes wird der Gesundheitszustand der deutschen Kinder wie folgt beurteilt. Die Zahl der Sterbefälle in neun deutschen Großstädten betrug bei Kindern:

	Insgesamt		An Tuberkulose		An Magen-Darmkatarrh und Brechdurchfall	
	5—10 J.	10—15 J.	5—10 J.	10—15 J.	5—10 J.	10—15 J.
1913	1734	884	372	246	32	3
1916	2196	1185	422	264	53	7
1919	1828	1214	535	541	38	13

Unterernährung und Blutarmut im schulpflichtigen Alter haben sich gefährlich verschlimmert. In einigen Industriegegenden ist beinahe die Hälfte aller Kinder, in einzelnen deutschen Großstädten etwa 70 Proz. der gesamten Schuljugend stark unterernährt.

Die körperliche Beschaffenheit der Schulanfänger hat sich verschlechtert. In einer deutschen Großstadt mußten 1920 in einer Schule von 120 zur Schule angemeldeten Kindern nicht weniger als 25 als schulunfähig bezeichnet werden. Unter den aufgenommenen Kindern befanden sich verschiedene siebenjährige, die körperlich wie vierjährige aussahen.

Die Längenmaße sind in fast allen Altersklassen kleiner als den Normallängen entspricht (Differenz von 2 bis 3 cm gegenüber 1913/14). Ebenso die Körpergewichte (in einzelnen deutschen Großstädten Differenzen bis 2,5 kg), besonders fielen die Kinder höherer Schulen auf.

Auch Zunahme der Ermüdbarkeit und der Geistesschwäche ist bemerkbar. Die Kindertuberkulose hat an Umfang und Schwere der Krankheitserscheinungen außerordentlich zugenommen (40 Proz. positive Tuberkulinimpfungen im Alter von 6 bis 15 Jahren in einzelnen deutschen Großstädten). Skrofulose (Tuberkulose der Drüsen) findet sich in einigen deutschen Großstädten bei etwa $^1/_4$ bis $^1/_5$ aller Schulkinder. Die Behandlung der Kindererkrankungen wird durch den anhaltenden Mangel an Fleisch, Butter und Milch in ungewöhnlichem Maße beeinträchtigt. Rachitis und Barlowsche Krankheit sind weit verbreitet, erstere reicht bis ins 16. Lebensjahr hinein.

Bogusat, Mitglied des Reichsgesundheitsamtes, Die Gesundheitsverhältnisse der jüngeren und ältesten Jahrgänge des deutschen Volkes bei der gegenwärtigen Ernährungslage (Münchener med. Wochenschrift vom 10. März 1922), gibt neuerdings folgendes Bild: Schwerer als bei den Klein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kindern treten die körperlichen und seelischen Folgeerscheinungen der allgemeinen Not der letzten Jahre bei den Schulkindern in die Erscheinung, wenn auch bei diesen im großen und ganzen eine gewisse Besserung gegen das Vorjahr nicht zu verkennen ist. Hauptsächlich ist noch immer der Nachwuchs des sogenannten Mittelstandes, dessen Bedrängnis viel zu wenig bekannt ist, in Mitleidenschaft gezogen. So wurden in Lübeck von den Mittelschülern 79,49, von den Volksschülern 62,1 Proz., in Bitterfeld von den höheren Schulen 70 Proz., von den Volksschulen 55 Proz. der Kinder deutlich unterernährt befunden. Vor allem sind die jüngsten Schuljahrgänge, die in den ersten Entwicklungsjahren Nahrungsmangel litten, betroffen, die Knaben stärker als die Mädchen.

Von besonderen Krankheitsformen macht besonders die Drüsentuberkulose von sich reden. Stellenweise seien bis zu 50 Proz. der Kinder skrofulös. Die sehr oft festgestellten hohen Grade von Blutarmut beruhen in vielen Fällen vermutlich auf tiefer liegenden Stoffwechselstörungen. Auch die Rachitis wird bei den Schulanfängern häufiger und in schwereren Formen beobachtet als früher, desgleichen findet sich verspäteter Zahnwechsel häufiger.

Die geistigen Fähigkeiten der Kinder (Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit) haben merklich gelitten.

Die Hauptschuld an dem bedauerlichen Gesundheitszustande ist wohl der Milchnot zuzuschreiben, wie ernährungsphysiologisch unter Hinweis auf die neueren Vitaminforschungen des näheren ausgeführt wird. Daneben wirkt der Mangel an Fleisch und Eiern besonders bei älteren Kindern nachteilig.

Über die Leistungen, die zur Linderung dieser Notzustände gemacht wurden, schreibt der gleiche Verfasser: Das Reich brachte große Opfer, um Abhilfe zu schaffen: 3 Mill. Mark zur Förderung der auf sittliche und gesundheitliche Hebung des Volkes gerichteten Bestrebungen, 400 Mill. Mark stehen im Reichshaushalt zur Besserung der Milchversorgung, besonders in notleidenden Gemeinden, außerdem erhebliche Zuschüsse für Fahrtkosten erholungsbedürftiger Kinder auf dem Lande, Unterstützung des Jugendwanderns, Unterbringung von Stadtkindern auf dem Lande. Der Verein „Landaufenthalt für Stadtkinder“ hat bis 1920 76 981 Kinder in Preußen, 130 999 im übrigen Reich, 36 083 im Auslande untergebracht. Durch die Hilfsmission der Quäkergesellschaft in Amerika wurden Mitte 1920 an etwa 800 Orten täglich ungefähr 725 000 Kinder, sowie auch werdende und stillende Mütter gespeist. Auf dem Höhepunkt der Hilfsunternehmung im Juni 1921 wurden 1 Mill. Eßportionen an 1640 Orten abgegeben. Das Reich leistet hierzu einen Beitrag von 50 Mill. Mark. Im laufenden Etatjahr hat das Reich 100 Mill. Mark zur Ernährungsfürsorge für unterernährte Kinder ausgeworfen.

Die der Quäkergesellschaft erwachsenen Kosten gibt Betke (Berlin). „Lehren der Quäkerspeisung“ (Zeitschrift für Gesundheitspflege) mit 3 Mill. Dollar vom Februar bis 1. September 1920 und mit 7 Mill. Dollar vom 1. September 1920 bis 1. Juli 1921 an. In dem hier zitierten Aufsatz wird die Aufstellung einer neuen Wachstumstabelle verlangt, da die Pirquet-Camerer-Tafeln von 1913 und auch die von Rietz nicht mehr maßgebend sein können. Auch die Verschiedenheiten bei andersartigen sozialen Schichtungen sind ätiologisch noch nicht klargestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine Untersuchung von 1367 Kindern in Pankow stellt fest, daß die körperlich minderwertigen sich auf alle sozialen Schichten verteilen, die geistig minderwertigen in der Mehrzahl dem sozial schlechter gestellten Milieu entstammten. Die Verfügung der Quäker, für die Teilnahme der Speisung lediglich den körperlichen Zustand Maß geben zu lassen, erscheint danach sehr gerechtfertigt.

Czerny berichtete in der Sitzung des Berliner Vereins für Schulgesundheitspflege vom 1. Februar 1921, daß die Darlegungen der deutschen Delegierten, zu denen er selbst gehörte, es in Paris vermocht hätten, von der Forderung der Ablieferung von 800 000 Milchkühen an die Entente abzustehen. Man begnügte sich mit der Ablieferung von weiblichen Kälbern.

Die Frage der zweckmäßigsten Erholungsfürsorge für Schulkinder wird viel erörtert. Zusammenfassend berichtet über die verschiedenen Erholungsgelegenheiten Hoffa in den Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung XIV, 9. Die örtlichen (d. h. von den Gemeinden in allgemeinen Badeanstalten oder Schulen) eingerichteten Solbäder werden als entbehrlich bezeichnet.

Die Truppenübungsplätze Hammelburg und Lettgenbrunnen bei Bad Orb sind zu Kindererholungsplätzen umgewandelt. An letzterem Platze kommen gleichzeitig 6000 Kinder unter.

Über „Neue Wege der Erholungsfürsorge" schreibt Fischer-Defoy (Frankfurt a. M.): Die Auswahl der Kinder für Erholungsmaßnahmen ist auch für den Arzt nicht leicht. Präzise Untersuchungsmaßnahmen, die eine Bestimmung des Grades der Erholungsbedürftigkeit gestatteten, gibt es nicht. Neuerdings ist man stellenweise dazu übergegangen, ganze Klassen in Begleitung des Lehrers fortzuschicken. Der Arzt war bei der vorgängigen Auslese hierbei nur negativ tätig, d. h. er sonderte diejenigen Kinder ab, die wegen größerer Schonungsbedürftigkeit ein Hindernis für die anderen bilden würden, für welche anderweitig gesorgt wird. Es handelte sich um höhere Schulen, wobei die Eltern so finanzkräftig waren, daß ganze Landheime gemietet werden konnten.

Frankfurt hat ähnliche Wege auch für die Volksschulen beschritten und sämtliche vor der Schulentlassung stehenden 13- und 14jährigen Kinder öffentlicher Anstalten, soweit sie nicht krank waren, im ganzen etwa 6000 auf 4 Wochen in den Spessart (Truppenübungsplatz Wegscheide bei Bad Orb) geschickt.

Derartige Maßnahmen scheinen um so mehr berechtigt, als z. B. nach Mitteilung des Sächsischen Arbeitsministeriums in Chemnitz von 3000 Schulentlassenen 600 körperlich nicht imstande gewesen seien, eine Lehrstelle anzutreten. Dort wurde eine ehemalige Unteroffizierschule zu einem Heim eingerichtet, in dem den Berufsschwachen mehrmonatige Kräftigung ermöglicht wurde, eine Maßnahme, die dem Ausbau des Frankfurter Verfahrens vielleicht vorzuziehen wäre.

Nächst der Frage der Leibesübungen und der Erholungsfürsorge ist die der Berufsvorbereitung und Berufsberatung zurzeit das aktuelle Thema. Einen Lehrgang über Berufsberatung veranstaltete Ende Juni 1921 das städtische Berufsamt Frankfurt a. M. (sechstägiger Kursus mit 400 bis 500 Teilnehmern). Über die hygienischen Grundlagen der Berufsberatung sprach Stadtarzt Dr. Fischer-Defoy.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über das gleiche Thema schreibt Carl Cörper (Düsseldorf, Land), Beitrag zur Berufsberatung an Volksschulen (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege): Die Eltern sind häufig nicht unterrichtet über die körperliche Konstitution der Schulentlassenen. Die Mütter, egoistisch, wollen die Mädchen zur Arbeit für sich haben. Andere Eltern wollen mit ihren Kindern zu hoch hinaus. Einflüsse der Mode, der Kameraden, Verwandten, Familienüberlieferungen bestimmen oft die Berufswahl. Hier können und sollen ärztliche und technische Berufsberater korrigierend sachverständigen Gegeneinfluß ausüben.

Knaben wollen oft Hilfsarbeiter werden, um rasch zu verdienen, Geldverdienst ist der einzige Zukunftswunsch. Lernunlust und Familienverhältnisse treiben auf diese Bahn.

Den Mädchen gilt Fabrikarbeit oft als ungesund, ebenso der Beruf der Verkäuferin oder Kontoristin. Näherin dagegen wird als Vorbereitung für den Hausberuf angesehen.

Rein gesundheitlich betrachtet, ist ein dem Beruf der Hausangestellten verwandter Beruf das Zweckmäßigste. Die Mädchen sollten Pflichtenstrenge unter der Leitung einer fremden Hand kennen lernen. Eine nicht frauliche Berufsbetätigung gefährdet oft die spätere Ehegesundheit.

Am 1. bis 4. Oktober 1921 tagte die 20. Hauptversammlung des Deutschen Fröbelverbandes in Düsseldorf. Es sprach Dr. Anna Siemsen (Düsseldorf) über Vorbereitung auf die Mutterpflichten in der Pflichtfortbildungsschule. Durch den Eintritt des Mädchens ins Erwerbsleben und den weitgehenden Zerfall der Familie in der Großstadt ist die praktische Vorbereitung auf den Mutterberuf bedroht oder unterbunden, in der theoretischen hat es auch sonst schon gefehlt. Hier soll die Fortbildungsschule ergänzend eingreifen. Damit sie dazu fähig werde, muß jedoch a) der Volksschulunterricht auf ein ganzes oder halbes Jahr verlängert und durch hauswirtschaftlichen Unterricht bereichert werden; b) müssen Mütterkurse für reifere Mädchen, angehende Hausfrauen und junge Mütter eingerichtet werden; c) junge Mädchen in alle Arten sozialer Einrichtungen (Krippen, Heime usw.) als Lehrlinge und Gehilfen aufgenommen werden; d) Fortbildungsschulen in geschlossene Siedlungen verlegt und mit den Fürsorgeschwestern (Bezirksfürsorgerinnen) verbunden werden; e) alle hauswirtschaftlichen und sozialen Frauenschulen an die Fortbildungsschulen angegliedert werden und Übergangskurse für Volks- und Fortbildungsschülerinnen geschaffen werden, so daß diese den Fabrikbetrieben und ihrer zerstörenden Wirkung entzogen und in soziale und hauswirtschaftliche Betriebe überführt werden (Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 1922, XIV, 1).

Überwiegend organisatorische Fragen behandelte die Tagung des Vereins für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf am 10. und 11. Juni 1921 in Düsseldorf. Ministerialdirektor Prof. Dr. Gottstein (Berlin): Über die Entwicklung der Schulkinderfürsorge und ihre Beziehungen zur Wohlfahrtspflege. Der Schulkinderfürsorge muß die Kleinkinderfürsorge vorhergehen. Der Schularzt muß mit der Tuberkulosenfürsorgestelle und mit der Wohnungspflege eng zusammen arbeiten. Durch ein Meldeverfahren müssen alle Fäden in einer Zentralstelle zusammenlaufen.

Med.-Rat Dr. Stephani (Mannheim): Der Arzt im Dienste der Schulkinderwohlfahrtspflege. Bestes Mittel, um die Fürsorgetätigkeit für kranke

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schulkinder auszubauen, ist die unentgeltliche öffentliche Elternsprechstunde. In kleineren Orten raten amtliche, in Großstädten hauptamtliche Schulärzte.

Frl. Dr. Marie Baum (Karlsruhe): Wohlfahrtspflegerin als Organ der Schulkinderfürsorge. Kleine Fürsorgebezirke! Die Schulkinderfürsorge muß Teil der Familienfürsorge sein. Das zersplitternde Spezialistentum muß überwunden werden.

Prof. Dr. Ziehen (Frankfurt a. M.): Die erzieherischen Aufgaben der Schulkinderwohlfahrtspflege. Diese kann nur als Ersatz für das Elternhaus eintreten, nicht aber die Funktionen des Elternhauses vollständig übernehmen, daher Anpassung an die Verhältnisse des Elternhauses. In den Elternbeiräten sollen neben den Eltern die Organe der Schulkinderfürsorge Sitz und Stimme haben. Die Erziehungswirkung geht auf planmäßige Pflege des Gemeinschaftsbewußtseins, Anleitung zur Selbsttätigkeit mit Hilfe einer durch fachmännische Einsicht bestimmten Handhabung der Disziplin. Diese Erziehungsgrundsätze sollen auch ins Elternhaus getragen werden.

Minister des Innern Dominicus (Berlin): Schulkinderfürsorge und Leibesübung. Leibesübungen sind als Hauptfach zu bewerten. Womöglich täglich einzurichtende Turnstunde, pflichtmäßiger Spielnachmittag ab zehnten Lebensjahr, Pflichtunterricht im Schwimmen, allmonatliche Tageswanderungen.

Frl. Dr. Alice Salomon (Berlin): Sozialpädagogische Grundfragen der Schulkinderfürsorge und Jugendpflege. Erweiterung des Gemeinschaftsgefühls im Kinde (Schulkinderklubs nach englischem Muster)! Die Jugendpflege gipfle in Überleitung von Unterordnung in der Schule zur Selbständigkeit und zur eigenen Verantwortung.

Prof. Kerschensteiner (München): Schule und Schulkinderfürsorge. Kann nicht die Schule selbst als ein Organ der Jugendwohlfahrtspflege ausgestaltet werden? Die Schule werde als der gestaltende, geistig fördernde Faktor angesehen, das Jugendamt als die helfende sorgende Mutter. Diese soll als Jugendhilfe zur Linderung hygienischer und wirtschaftlicher Nöte dienen, Jugendfürsorge betreiben, wo Erziehungsmängeln zu steuern ist, den Aufgabenkreis des Gemeindewaisenrats und des Fürsorgeerziehungsamtes übernehmen. Die Schule muß aus einer Stätte individuellen Ehrgeizes eine solche der sozialen Hingabe werden. Gedächtniswesen trete zurück, soziales Gemeinschaftsgefühl voran.

Frl. Anna v. Gierke (Charlottenburg): Tagesheime, Werkstätten und Lesestuben, ihre Aufgaben und Einrichtung. Sie sind als Ergänzung und leider oft nötiger Ersatz der fehlenden Familienerziehung anzusehen. Die Leiterin muß Fachvorbildung besitzen; Körperpflege muß mit an erster Stelle stehen. Die Kosten sollen grundsätzlich von den Eltern getragen werden. Unterstützung aus öffentlichen Mitteln wird aber nicht zu entbehren sein.

Dr. Kehr (Düsseldorf): Schulzahnpflege. Soll vorbeugende Behandlung gewähren und hygienisch erziehen.

zur Nieden (Vohwinkel): Land- und Schulkinderfürsorge. In größeren Kreisen hauptamtliche Kommunalärzte, in anderen Kreisen nebenamtliche Fürsorgeärzte (Kreisarzt oder Privatarzt). Gründliche Vorbildung derselben für ihre besondere Arbeit ist nötig. Die Eltern sind zu den Untersuchungen beizuziehen. Die offene Schulkinderfürsorge falle der Wohlfahrtspflegerin, Kreisfürsorgerin zu.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besprechungen.

Max Hirsch. Das ärztliche Heiratszeugnis. Mit neun Abbildungen im Text. Leipzig, Kurt Kabitzsch, 1921.

Die vorliegende Arbeit, eine der Monographien zur Frauenkunde und Eugenetik, Sexualbiologie und Vererbungslehre, bringt eine Reihe von Aufsätzen über das Heiratszeugnis. Nach einem kurzen Vorwort von C. Posner (Berlin) berichtet Westenhöfer (Berlin) über die Notwendigkeit von Heiratszeugnissen vom Standpunkte der Rassenhygiene. Czellitzer (Berlin) erläutert die Familienforschung als Grundlage für das Heiratszeugnis, insbesondere die Familientafel und die Sippschaftstafel. F. Leppmann (Berlin) lehnt das obligatorische Heiratszeugnis vom Standpunkte des Neurologen und Psychiaters ab. Er fürchtet, daß viele Leute dadurch vom Heiraten abgeschreckt werden, bei denen irgend ein Verdacht eines nervös-seelischen Ausschließungsgrundes vorliegt. Jul. Heller (Charlottenburg-Berlin) vertritt den Standpunkt der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und lehnt das obligatorische Ehezeugnis über frühere Geschlechtskrankheiten als ein unzulängliches Mittel im Kampfe gegen die Volksseuche ab. Auch P. Strassmann (Berlin) vermag die zwangsweise Vorlegung eines Heiratszeugnisses seitens der Frau nicht zu befürworten. Dagegen empfiehlt er, daß der Staat die Einholung eines Gesundheitszeugnisses vor der Heirat jedem ans Herz legt. Er bespricht eingehend die geburtshilflich-gynäkologischen Grundlagen für solche persönlichen Zeugnisse. Sonntag (Berlin) hält den Ehegesundheitsschein in der Theorie für wünschenswert, glaubt aber vom Standpunkt des Juristen, daß seine Zeit für Deutschland noch nicht gekommen ist. Max Hirsch (Berlin) hält von der Freiwilligkeit des Heiratszeugnisses nichts. Er bleibt bei der Forderung des zwangsweisen Heiratszeugnisses trotz der Einwände der meisten Berichterstatter des vorliegenden Heftes fest, indem er die mitgeteilten Einwände sorgfältig bespricht und zurückweist. Ph. Kuhn (Dresden).

K. Breul. Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen. Leipzig, J. A. Barth, 1921. 20 M.

Die Arbeit ist entstanden auf Anregung von Prof. Hahn, Direktor des Freiburger Hygienischen Instituts, und bezweckt auf Grund von ausführlichen Lebensanamnesen die Gefahrpunkte zu ermitteln, von denen aus, und besonders auch gerade in der heutigen Zeit, der deutsche Mittelstand mit Tuberkulose bedroht ist; waren doch die meisten Untersuchungen über Tuberkulose in bestimmten Berufsarten bisher dem Arbeiterstande gewidmet. Die Erhebungen wurden vor dem Kriege bei einer Anzahl von Patienten der Deutschen Heilstätte in Davos angestellt, und zwar wurde an der Hand von sehr eingehenden Fragebogen auf alles das geachtet, was in irgend einer ursächlichen Beziehung zu der Erkrankung an Tuberkulose stehen konnte, wobei auf die Erzielung eines vielseitigen und gleichzeitig möglichst objektiven Bildes der Vorgeschichte des einzelnen Patienten Wert gelegt wurde. Das Schema eines derartigen Fragebogens ist beigefügt; letzterer enthält auch den Untersuchungsbefund und die in der Deutschen Heilstätte weitergeführte Krankengeschichte sowie eine Übersichtstabelle. Die empfehlenswerten „Maßnahmen vor der Berufsergreifung und während der Berufsausübung" sind am Schluß der Arbeit zusammengestellt, der außerdem noch Literaturangaben und sechs Übersichten und eine Epikrise enthält.

Von den untersuchten Berufen gehört keiner zu den im eigentlichen Sinne „gefährdeten Berufen"; dagegen werden als „relativ gefährdet" bezeichnet und besprochen hauptsächlich der Beruf des Lehrers, Postbeamten und Krankenpflegers bzw. Krankenpflegerin, und im Anschluß daran erfahren die Tätigkeit und Stellung von Lehrer und Schularzt im Beruf und zueinander eine eingehendere Würdigung, der man nur zustimmen kann. Die vom Verf. hier gegebenen Anregungen und Forderungen können nur andeutungsweise wiedergegeben werden: Stellung des Schularztes im Schulganzen und vertiefte Erfassung schulärztlicher Aufgaben sind im wesentlichen eine Personenfrage; hauptamtliche Tätigkeit des Schularztes und enges Zusammenarbeiten mit den Fürsorgestellen ist erforderlich. Es soll ein persönlich nahes Verhältnis zwischen Lehrer und Schularzt bestehen; beide sollen außerhalb des Elternhauses vom ersten bis zum letzten Tage der Schulzeit der Jugend zur Seite stehen. Ihre Beobachtungen sollen Abschluß finden in einer Berufsberatung; deshalb ist die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kenntnis der „relativ gefährdeten Berufe" des Mittelstandes von Wichtigkeit für den Arzt, der Berufsberatung erteilen soll. Der Schularzt soll vom ersten Schuljahr an seine Aufmerksamkeit auf das Entstehen von Dispositionen richten. Ein sehr wichtiges Mittel im Vorbeugungskampf gegen die Tuberkulose sind die geforderten halbjährlichen, unter Umständen vierteljährlichen periodischen schulärztlichen Zwangsuntersuchungen, die sich auch auf die Lehrer erstrecken sollen. Ferner sind wichtig: Führung eines gewissenhaften Gesundheitsbogens, der auch später im Beruf weitergeführt werden soll. Untersuchung aller Kinder der untersten Schulklasse nach Pirquet. Mindestens einmal im Jahre vorzunehmende zahnärztliche Untersuchungen mit anschließender Behandlung. Hygieneunterricht in der letzten Schulklasse; Belehrung über ansteckende Krankheiten, besonders Tuberkulose; Verteilung von Gesundheitsmerkblättern beim Abgang von der Schule, Wiederholung der Aufklärung und Belehrung und besonders der Zwangsuntersuchungen an den Fortbildungsschulen. Schulärztliche Beachtung auch des Konfirmandenunterrichts. Teilung großer Klassen und Mehranstellung von Lehrern, welch letztere Forderung übrigens gerade auch wieder in neuester Zeit von schulischer Seite erhoben wird.

Diese durch ein Referat nur in Umrissen darstellbaren Ergebnisse der Untersuchungen enthalten eine Fülle von Anregungen auch für den Staat, nach welchen Richtungen hin derselbe bei der Bekämpfung der Tuberkulose seine Aufmerksamkeit in höherem Maße als bisher zu lenken hat, und vor allem wertvolle Hinweise und Belehrungen für den Volksarzt. Fürbringer (Heilstätte Römhild).

Grundriß der menschlichen Vererbungslehre und Rassenhygiene. Bd. 1: Bauer, Fischer und Lenz, Menschliche Erblichkeitslehre. 305 S. München, Lehmann, 1921. 50 M.

Einen kurzen Abriß der allgemeinen Variations- und Erblichkeitslehre gibt Bauer. Dieser ist sehr klar und übersichtlich gehalten. Er berücksichtigt bereits auch die Lehre vom Faktorenaustausch. Die Darstellung von den Wirkungen der Panmixie könnte ohne jedes Tabellenwesen nach meinem nicht erwähnten Vorgang erfolgen. In dem kurzen Abschnitt über Inzucht erfahren wir, daß diese doch schädlich wirkt, und zwar nicht bloß durch Herausmendeln rezessiver Mißbildungen, sondern auch durch Schwächung der Fortpflanzungsfähigkeit.

Der Abschnitt über die Rassenunterschiede des Menschen von Fischer ist leider zu kurz gehalten. Die Abschnitte über die krankhaften Erbanlagen und die Erblichkeit der geistigen Begabung hat Lenz behandelt.

An ein kurzes Kapitel über den Begriff der Krankheit schließt sich eine Übersicht über die Vererbung bei den Krankheiten der einzelnen Organe an, von denen besonders das Kapitel über die Vererbung bei Augenleiden hervorzuheben ist. Bedauerlich ist, daß der beschränkte Raum ein vollständiges Eingehen auf kompliziertere Probleme nicht erlaubte. Die Methodologie der menschlichen Vererbungsforschung ist kurz besprochen. Darunter auch die Bedeutung einer erhöhten Zahl von Verwandtenehen als Reagens auf rezessive Anlagen, auf die Bateson (1909) und Weinberg (1912) schon hinwiesen. Nicht ganz verständlich ist, warum Lenz den erhöhten Prozentsatz der Verwandtenehen bei Dementia praecox im Gegensatz zu einer früheren Arbeit nicht als Beweis für deren Rezessivität anerkennen will. In dem Kapitel über die Neuentstehung krankhafter Erbanlagen wird insbesondere die Rolle des Alkohols besprochen.

In dem Kapitel über die Erblichkeit der geistigen Begabung werden einzelne Stammbäume und die allgemeinen Ergebnisse Galtons angeführt. In dem Kapitel über die gewöhnlichen Unterschiede der Begabung werden die Ergebnisse schulärztlicher und schulpsychologischer Untersuchungen angeführt, ihre Bedeutung für die Erkennung geschlechtsgebundenen Erbganges hervorgehoben. Daß die Brüder einander in höherem Grade ähnlich sind als Väter und Söhne, ist aber noch kein Beweis für Geschlechtsgebundenheit, wie Lenz meint, dies ist, soweit ein Dominierungsverhältnis besteht, auch bei geschlechtsneutralen Merkmalen nötig. Es kommt vielmehr auf das Maß des Unterschiedes unter Berücksichtigung der Häufigkeit des Merkmals an.

Auf die Ergebnisse der Arbeit von Peters legt Lenz zu viel Wert. Dieser arbeitet gerade mit der schlechtesten Methode der Korrelationsberechnung und erhält dadurch zu hohe Korrelationswerte. Außerdem ist der Versuch, die Bedeutung von Vererbung und Außenfaktoren und der häuslichen Erziehung an Korrelationswerten abzumessen, grundsätzlich verfehlt, weil diese stark von Häufigkeitswerten abhängen. Es folgt sodann ein Kapitel über Begabung und Psychopathie, in dem, ähnlich wie bei Grotjahn, auch die Bedeutung der Psychopathen als Vorkämpfer neuer Bewegungen besprochen wird. Das Schlußkapitel über Rasse und Begabung enthält neben einer Würdigung der nordischen Rasse auch einen Vergleich mit der jüdischen. Er betont

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ferner, daß die erblichen Rassenanlagen nicht die einzige Ursache großer Kulturleistungen sind und erkennt auch die Vorzüge bestimmter Rassenmischungen an.

Die Verf. geben kein vollständiges Literaturverzeichnis, verweisen aber auf Schriften, die solche enthalten. Trotzdem ist auffallend, daß Schriften genannt sind, die weiter nichts enthalten, wie die Dissertation von Dresel, während z. B. Correns nicht genannt ist. Es steht dies in einem etwas auffallenden Gegensatz zu der Nennung der Quellen aller Stammbäume. Arbeiten, deren Inhalt faktisch benutzt wurde, hätten genannt werden müssen. Hingegen war mehrfach die Bemerkung der Nichtübereinstimmung mit dem und jenem Autor überflüssig, was soll damit eigentlich bezweckt werden? Weinberg (Stuttgart).

Max Hirsch. Die Fruchtabtreibung. 85 S. Stuttgart, Enke, 1921. 12 M.

Die Arbeit tritt mit großer Beredsamkeit und Verwendung umfangreichen, aber nicht durchweg eindeutigen statistischen Materials für die Zulassung der sozialen und organischen Indikation des Abortus als Mittel zur Bekämpfung der verbrecherischen Abtreibung ein. Zu den Ungenauigkeiten gehört z. B. die Behauptung, die Abtreibung sei bei Verheirateten noch häufiger als bei Ledigen, weil die verheirateten Pflichtmitglieder der Krankenkassen häufiger Abortus aufweisen als die ledigen. Dies dürfte aber doch wohl auf einem Auslesevorgang beruhen, indem verheiratete Pflichtmitglieder bei vorgeschrittener Schwangerschaft leichter zu den freiwilligen Mitgliedern übertreten als ledige. Auch die Anführung der Furcht vor der rechtzeitigen Geburt und ähnliches ist wertlos und sollte seitens eines Frauenarztes nicht erfolgen. Ein solcher dürfte auch die Verallgemeinerung der schmerzlosen Geburt nicht fordern. Ein Verbrechen gegen die Natur würde übrigens seinen Charakter nicht verlieren, wenn das Gesetz sich nicht mehr darum kümmern würde. Die eugenetische Indikation ist des Mißbrauchs in hohem Grade fähig und die soziale heute weniger denn je berechtigt. Denn in dem sozialen Staate, den die herrschenden Parteien verkünden und durch Kinderzulagen, Verbesserung der Lage der Schwangeren und Mütter tatsächlich herbeiführen, muß doch das Bestreben bestehen, die Ausrede der sozialen Not zu beseitigen.

In einem Punkte ist Hirsch im Irrtum, es wird nicht die Anzeige der verbrecherischen, sondern jeder Fehlgeburt gefordert, und zwar nur für statistische Zwecke, und weiterhin die Aufsicht über die Indikationsstellung. Wer ein gutes Gewissen hat, kann sich diese ruhig gefallen lassen und defraudierte Fehlgeburten mögen ruhig bestraft werden. Endlich darf die Frage aufgeworfen werden, ob es nicht verboten werden soll, für Einleitung künstlicher Fehlgeburten Honorare oder Geschenke anzunehmen. Man könnte vielleicht auch Bestimmungen treffen, wonach der Antragsteller von der Ausführung des Eingriffes im einzelnen Falle ausgeschlossen und diese von Staatswegen durch Los vergeben wird. Damit würden auch schmutzige Schiebereien zwischen Konsiliarius und Operateur vermieden, und es würde sich erst nach Einführung dieser Kautelen beurteilen lassen, ob bei den Frauenärzten tatsächlich ein rein menschliches Interesse an der Erweiterung der Indikation besteht.

Weinberg (Stuttgart).

Walter Fenkner. Die Stellung der Hausfrau im neuen Deutschen Reich. Aus den Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, 13. Bd., 4. Heft. Berlin, Richard Schoetz, 1921. Brosch. 3 M.

Mit den Ausführungen des Verf. (Kreisarzt in Sprottau in Schlesien) kann man einverstanden sein, und die am Schlusse des Aufsatzes aufgestellten Leitsätze, die darin gipfeln, daß der Staat die Verpflichtung hat, den stark überlasteten Beruf der Hausfrau auf jede nur mögliche Weise zu entlasten, vor allem durch Unterstützung des Gedeihens der Familie, durch Einführung eines Pflichtdienstjahres für junge Mädchen zur Unterstützung der Hausfrauen und durch möglichste Beschränkung der Frauenberufe, namentlich in der Fabrikarbeit, unterschreiben. Mit seiner Ansicht, daß eine durch ausreichende Sicherheitsmaßnahmen beschränkte soziale Indikation des künstlichen Abortes eine zum Schutz kinderreicher Familien durchaus wünschenswerte Verbesserung unserer Gesetze darstelle, befindet sich der Verf. wohl im Gegensatz zu den meisten seiner Kollegen. Dr. Sauerteig.

Solbrig. Anleitung über Wesen, Bedeutung und Ausführung der Desinfektion. 4. Aufl. Breslau, Trewendt & Granier, 1921. 5 M.

Das Buch ist eine Umarbeitung der vorhergehenden Auflage, die sich infolge der neuen preußischen Desinfektorenordnung erforderlich machte. Nach allgemeinen Kapiteln über die Krankheitserreger überhaupt und das Wesen der Infektion und Desinfektion bespricht der Verf. in aller Kürze die einzelnen Desinfektionsmittel und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihre Verwendung bei Personen und deren Ausscheidungen, bei Gegenständen und Räumlichkeiten als fortlaufende und Schlußdesinfektion. Zu begrüßen ist, daß ein größerer Raum als bisher der Bekämpfung von Ungeziefer aller Art gewidmet ist. Schließlich ist dem Büchlein noch eine Aufstellung über die Ausrüstung des Desinfektors und eine Anweisung zur Entnahme infektionsverdächtigen Materials beigegeben. Ein Anhang mit Rechenbeispielen und eine Tabelle für Desinfektion mit Formaldehyd soll dem Desinfektor in der Praxis helfen.

Das Buch bringt in knapper Form auf 31 Seiten Umfang alles, was der Desinfektor bei Ausübung seines Berufs wissen muß und ist deshalb als Anleitung für die Praxis und als Auffrischung des in den Kursen Gehörten bestens geeignet.

Dr. Lehmann (Jena).

E. Brezina. Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten der Kulturländer über die Jahre 1914 bis 1918. 270 S. Berlin, J. Springer, 1921. 66 M.

Das Büchlein berichtet über die in den Kriegsjahren 1914 bis 1918 gesammelten Erfahrungen über Gewerbekrankheiten der Kulturländer. Insbesondere haben die durch die Kriegsindustrie und die Ersatzmittel, mit denen infolge der Knappheit aller Stoffe gearbeitet worden ist, hervorgerufenen Schädigungen eingehende Würdigung gefunden. Ferner ist in einem besonderen Kapitel die Schädigung der Arbeiter und Arbeiterinnen in gewerblichen Betrieben durch die mangelhafte Ernährung und die Überarbeit abgehandelt. Die Einteilung des Stoffes schließt sich der des vorhergehenden Heftes an, ist somit im großen und ganzen nach dem ätiologischen Prinzip gerichtet.

Dr. Lehmann (Jena).

Teleky. Die Bleifarbenverwendung zu Anstreicherarbeiten. Ihre Gefahr und deren Verhütung. Veröffentl. der Medizinalverwaltung, Bd. 13, Heft 9. 36 S. Berlin, R. Schoetz, 1921. Brosch. 6 M.

Anläßlich der bevorstehenden Arbeiterschutzkonferenz, die im Oktober d. J. tagen soll, hat das internationale Arbeitsamt des Völkerbundes in Genf auch die Bleiweißfrage auf die Tagesordnung gesetzt. Die Schrift beleuchtet eingehend die Schritte, die einerseits von seiten der deutschen Bleiweißindustrie unternommen worden sind, um darzustellen, daß bei geeigneter Vorsicht dieser Industriezweig der deutschen Fabrikation und Ausfuhr erhalten bleiben könnte. Zum anderen gibt der Verf. eine sachliche Darstellung der Angelegenheit, die sich auf praktische Erfahrung einerseits, auf wissenschaftlich exakt durchgeführte Versuche und Untersuchungen andererseits stützt. Es handelt sich dabei ausschließlich um das Verbot der Verwendung von Bleiweiß und den übrigen Bleifarben zu Anstreicher-, Maler- und Lackiererarbeiten.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß der jetzige Zeitpunkt günstig ist, ein strenges Verbot der Verwendung von Bleifarben zu Innen- und Außenanstrichen (mit Ausnahme von Unterwasserbauten) ohne Ausnahme zu erlassen. Ferner fordert er die Einführung der „Deklarationspflicht" für alle Bleiverbindungen, und sagt, daß durch ein internationales Bleifarbenverbot der deutsche Export in seiner Gesamtheit nicht geschädigt würde.

Dr. Lehmann (Jena).

Elisabeth Herzfeld. Beiträge zum Aufklärungsunterricht in der Mädchenfortbildungsschule. Leipzig, Julius Klinkhardt, 1920. 3 M.

Diese Schrift enthält eine kurze Orientierung für Lehrende über Bau und Verrichtung des weiblichen Körpers. Auf 9 Seiten ist in klarer Darstellung alles Wesentliche gebracht. Daran schließt sich an ein Geleitwort an abgehende Schülerinnen der Fachfortbildungsschulen, das, von sittlichem Bewußtsein getragen, wegen seiner ruhigen offenen Sprache als ein Musterbeispiel gelten kann. Möchte diese wertvolle kleine Schrift von jeder Lehrerin gelesen und gewürdigt werden. Dresel (Heidelberg).

Franz Walter. Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik. Sozialhygienische Abhandl., herausgegeben von Dr. A. Fischer, Nr. 5. Karlsruhe, C. F. Müller, 1921.

Im ersten Abschnitt wird das Verhältnis von Sozialhygene und Weltanschauung erörtert. Da der Verf. von A. Fischers angefochtener Begriffsbestimmung ausgeht, könnte er das erste Kapitel genau so gut Hygiene und Weltanschauung benennen. Er schreibt denn auch S. 11: „Damit ist der Zusammenhang von Hygiene und Ethik von selbst gegeben" und S. 13: „Die rechte Auffassung aller Hygiene, ob Privat- oder Sozialhygiene, muß sich daher von einer Weltanschauung bestimmen lassen, die das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leibesleben nicht als Selbstzweck oder einzigen Selbstzweck auffaßt." Die an beachtenswerten Ausführungen des Verf. leiden darunter, beweisen aber schließ ungewollt, daß eine scharfe begriffliche Abtrennung der sogenannten sozi Hygiene vom Gesamtgebiete der Hygiene nicht möglich ist. Noch deutlicher diese Begriffsverschiebung im zweiten Kapitel Sozialhygiene und Sozialpolitik. dritten bis fünften Kapitel wird Sozialhygiene und Ethik, der Gegensatz der W anschauungen und Rassenhygiene abgehandelt. Es ist dankbar zu begrüßen, daß größtem Nachdruck auf das Wechselverhältnis von Ethik und Hygiene hingewi wird, weil diese bisher noch nicht genügend berücksichtigte gegenseitige Abhängig und deren Erkenntnis und Befolgung alle sozialhygienischen Maßnahmen fruchtb gestalten wird. Dresel (Heidelberg).

Gumprecht. Prophylaxe der Infektionskrankheiten. Weyls Handbuch Hygiene, 2. Aufl. Herausgegeben von A. Gärtner. Bd. 8, Abt. 3. 310 S., Abbild. Leipzig, J. A. Barth, 1921. 75 M.

In gedrängter Kürze, aber in einer für den praktischen Gebrauch hinreich ausführlichen Darstellung hat der Verf. das gesamte Gebiet der Seuchenbekämpf umrissen. Er beginnt mit den internationalen Maßnahmen und Einrichtungen Seuchenbekämpfung, würdigt dann das Deutsche Reichsseuchengesetz und die Lan seuchengesetze nebst den Einrichtungen zur Seuchenbekämpfung (Bakteriologi Untersuchungsanstalten, Vorkehrungen für die Desinfektion) und bespricht schließ die Prophylaxe aller wichtigen Infektionskrankheiten. Das tüchtige Buch ist erfreuliche Bereicherung des einschlägigen Schrifttums. Abel.

H. Klut. Untersuchung des Wassers an Ort und Stelle. 4. Aufl. 18 34 Abbild. Berlin, J. Springer, 1922. Brosch. 45 M.

Das beliebte Büchlein, nach fünfjähriger Pause neu erscheinend, ist äußer nicht gewachsen, hat aber durch Verwendung kleineren Druckes eine wesentliche mehrung des Gebotenen erfahren und ist inhaltlich in vielfacher Weise bereic worden. So sind Abschnitte über Radioaktivität, Chlor- und Härtebestimmung hi gekommen, wichtige Teile, wie der über Angriffe des Wassers auf Rohrmaterial u sind umgearbeitet worden. Zahlreiche Literaturnachweise geben Hilfen zu weite Studium. Allmählich hat sich das Buch zu einem kleinen Leitfaden der Was untersuchung und -begutachtung ausgewachsen, der bei der großen Erfahrung des V einen sicheren Wegweiser abgibt, so daß auch Fachleute sich des Werkchens bedienen.

Für die nächste, wohl bald nötig werdende Auflage möchte es sich empfeh bei der Kohlensäuretabelle S. 140/41 gleich auch die Karbonathärten mit einzufü um die einschlägigen Berechnungen zu erleichtern. Abel.

K. Thumm. Die Kaliwerke und ihre Abwässer. 50 S., 5 Tabellen, 3 Abb Berlin, J. Springer, 1921. Geh. 16 M.

Die Schrift behandelt die Kalirohsalze, ihre Veredelung und die dabei entstehend Abwässer und legt dann in genau formulierten, eingehend erläuterten Sätzen dar, wel Bedingungen für die Ableitung dieser Abwässer in die Flußläufe nach den heuti Auffassungen zu stellen sind. Bei dem schier unübersehbar gewordenen Schrift über die Kaliabwasserfrage ist die Abhandlung begrüßenswert. Sie wird bei ih gemeinverständlichen, wenn auch eine gewisse Vertiefung in die Sache erfordern Darstellungsweise den behördlich mit der Frage befaßten Stellen ein wertvoller W weiser für ihre Entschließungen sein. Ebenso wird sie auch den Kaliinteressen selbst willkommen sein, weil sie diesen die von den Behörden zu berücksichtigen Überlegungen übersichtlich vor Augen führt. Abel.

W. Halbfass. Grundlagen der Wasserwirtschaft. 154 S. Berlin, Gebr. B träger, 1921. Geh. 36 M.

Vom Wasserhaushalt der Erde im ganzen ausgehend, verbreitet sich der V über die gesamten Verhältnisse der Wasserwirtschaft, einschließlich Wasserr Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung, Fischerei, Landeskultur, Wasserkraftausnutz und Schiffahrt. Kurz gehalten bringt die Schrift in ihren Einzelausführungen Nachdenkliches für eine rationelle Verwertung unserer Wasservorräte. Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

AUG 2 1922

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 6
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

BRAUNSCHWEIG
DRUCK UND VERLAG VON FRIEDR. VIEWEG & SOHN AKT.-GES.
1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des sechsten Heftes.

Seite

Achtstundentag und Krankenpflegeberuf. Von Regierungs-Medizinal-Rat Dr. M. Thumm, Leipzig-Dösen 181

Chronik der Gesundheitspflege. Arbeits- und Gewerbehygiene. Von Obermedizinalrat Dr. Franz Spaet in München 204

Besprechungen:

Société des Nations, Section d'Hygiène. (Abel) 214

Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. (Solbrig-Breslau) 214

Kleinere Mitteilungen:

Tagesordnung für die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 214

Tagesordnung für die 10. Versammlung der Vereinigung Deutscher Schul- und Fürsorgeärzte 215

Tagesordnung für die 18. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege 215

Die Europäische Sanitätskonferenz in Warschau am 20. bis 28. März 1922 216

Ergänzungslehrgang für Fürsorgerinnen 216

Soziale Zahnheilkunde 216

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 6.

Achtstundentag und Krankenpflegeberuf.

Von Reg.-Med.-Rat Dr. M. Thumm, Leipzig-Dösen.

Einleitung: Zur Rechtslage.

Der Achtstundentag in der Krankenpflege, wo er durchgeführt ist, stützt sich auf eine vorläufige Reichsregelung, den Erlaß des Demobilmachungsamtes vom 23. Nov. 1918, Reichsgesetzbl. Nr. 142, wonach für alle in „gewerblichen Betrieben" tätigen „gewerblichen Arbeiter" die achtstündige Arbeitszeit gesetzlich festgelegt war, eingeschlossen die gemeindlichen Betriebe, auch wenn sie nicht zur Gewinnerzielung bestimmt sind. Ob die in der Krankenpflege tätigen Personen unter diese Begriffsbestimmung zu fallen hätten war in dem ursprünglichen Erlaß nicht erwähnt. Zwar hat sich das Reichsarbeitsministerium in einer Entscheidung vom 13. Mai 1919 eindeutig dahin ausgesprochen, daß „Krankenwärter und klinisches Personal der gewerblichen wie der Staats- und Kommunalbetriebe gewerbliche Arbeiter im Sinne der Verordnung vom 23. November 1918" seien; ausgenommen seien diejenigen Pfleger, die mit Beamteneigenschaft angestellt sind, und deren Dienstzeit daher sich nach den besonderen für sie erlassenen Dienstvorschriften regele[1]). Seit mehr als zwei Jahren ist eine gesetzliche Regelung der Arbeitszeit der Krankenpflegepersonen im Reichsarbeitsministerium in Vorbereitung. Schon im September 1919 und wiederum im Februar 1920 haben bei dieser Reichsbehörde in Berlin Konferenzen stattgefunden, in denen Anstaltsleiter und Ärzte einerseits, Vertreter der gewerkschaftlichen Organisationen der Krankenpfleger andererseits gehört, und in denen ein „vorbereitender Gesetzentwurf" vorgelegt wurde, wonach für alle Kranken- (auch Irren- und Entbindungs-) anstalten der Achtstundentag bzw. die 48-Stundenwoche grundsätzlich festgelegt werden sollte, mit Ausschluß einzig der Krankenanstalten der religiösen Gemeinschaften und Orden. Überschreitung der gesetzlich festgelegten Dienstzeit sollte im allgemeinen strafbar, in Notfällen jedoch zugelassen sein, dann aber sollten die Überstunden eigens in Verzeichnissen gebucht und besonders bezahlt werden; es sollte der Achtstundentag auch auf die Privatpflege ausgedehnt, hier jedoch bei Einverständnis der betreffenden Personen auch von der Durchführung abgesehen werden können[2]). Zu einer Einigung ist es damals nicht gekommen, da die Vertreter der Anstaltsleiter und Ärzte fast einmütig den Entwurf ablehnten. Das Gesetz ist seitdem im Stadium des Entwurfs geblieben und hat auch noch keiner gesetzgebenden Körperschaft vorgelegen. — In einer an den Deutschen Städtetag auf dessen Anfrage gelangten Äußerung des Reichsarbeits-

[1]) Zeitschrift für Soziale Hygiene, Fürsorge und Krankenhauswesen 1919, Nr. 3.
[2]) Ebenda 1920, Nr. 18.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ministeriums ist es den Krankenhäusern neuerdings sogar freigestellt, ob sie sich als Wohltätigkeitsanstalten oder als gewerbliche Betriebe ansehen wollen.

Die Sachlage ist also bis heute rechtlich ungeklärt. Entsprechend verschieden hat sich die praktische Handhabung der Arbeitszeit der Krankenpfleger gestaltet. Immerhin ist der Achtstundentag in einer ganzen Anzahl von kommunalen, Landes- und Kreiskrankenanstalten, vor allem in den Großstädten, wo das Personal mit seinen Forderungen radikaler vorgeht, durchgeführt, in einzelnen schon seit Dezember 1918, d. h. unmittelbar nach dem Erlaß des Demobilmachungsamtes. Wir verfügen also heute schon über hinreichende Erfahrung zur Beurteilung der praktischen Wirkungen des Achtstundentages und der im folgenden zu erörternden Frage, ob er für den Krankenpflegeberuf empfohlen werden kann.

Vor Eingehen auf die eigentlichen Fragen ist noch eine kurze Erörterung über die Umgrenzung des Begriffs „Achtstundentag" erforderlich. Von Anfang an ist der Krankenpflege wenigstens vom Gesetzgeber das Zugeständnis gemacht worden, daß sie nicht an die Achtstundenarbeit im strengsten Wortsinn, wie sie für den industriellen Arbeiter Geltung hat, gebunden ist, sondern sie in der Form der „Achtundvierzigstundenwoche" — mit eventuell mehr als achtstündiger Dienstleistung, ausgeglichen durch Einschaltung von freien Tagen — ausüben kann. Erwägt man aber, daß unsere Kranken nicht nur sechs, sondern sieben Tage der Woche krank und der Fürsorge bedürftig sind, so wird man Dienstzeit über achtundvierzig bis zu sechsundfünfzig Stunden in der Woche im weiteren Sinne auch noch als „Achtstundentag" anerkennen müssen.

In Erörterung der Frage „Achtstundentag und Krankenpflegeberuf" beginne ich am peripherstenPunkte:

1. Finanzielle Wirkungen des Achtstundentages in der Krankenpflege.

Ich gebe einige Zahlen. In Frankfurt a. M., das mit unter den ersten Städten die Achtstundenarbeitszeit im Krankendienst durchgeführt hat, ist der Etat für die Krankenanstalten — einschließlich der Städtischen Irrenanstalt — von 1,5 Millionen im Jahre 1914 auf 25 Millionen im Jahre 1919 in die Höhe geschnellt, wovon 9 Millionen auf Löhne entfielen; der Etat für 1920 ist gar auf 48 Millionen gestiegen — nach gemeindeamtlichen Angaben. — Im Krankenhause Hamburg-St. Georg — 2000 Betten — hat nach Deneke die Einführung der achtstündigen Arbeitszeit eine Ausgabe für Löhne von 1 339 000 M. gegen vorher 260 000 M. — das ist das Fünffache — verursacht, wobei der Mehraufwand für Wohnung und Verpflegung noch nicht inbegriffen ist[1]). — Ähnlich im Krankenhause Neukölln: 1918 Ausgabe für Löhne und Gehälter 400 000 M., Voranschlag für 1919 infolge Einführung des Achtstundentages mit Tariflöhnen 1 800 000 bis 2 000 000 M.[2]).

Für das Friedrichstädtische Krankenhaus in Dresden konnte ich folgende Zahlen feststellen: Vor Einführung des Achtstundentages betrug der Personalbestand 38 Pfleger und 138 weibliche Pflegepersonen. Die Einführung des Achtstundentages machte eine Neueinstellung von Hilfspersonal nötig: 41 Hilfspfleger, 64 Hilfspflegerinnen und 62 Stationsmädchen. Der Mehr-

[1]) Zeitschrift für Krankenanstalten 1919, Heft 39/40.
[2]) Ebenda 1919, Heft 47/48.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufwand an Löhnen für diese drei Kategorien betrug im Monat bzw. 32 800, 46 400 und 18 850 M. oder insgesamt monatlich 99 688 M., im Jahre 1 195 896 M., wobei die Kinderzulagen, die für eheliche und uneheliche Kinder gleichermaßen zu leisten sind, nicht mitberechnet sind. Die Personalvermehrung beträgt 94,9 Proz. — Im Johannstädtischen Krankenhause in Dresden betrug die Personalvermehrung über 100 Proz. Entsprechend waren die finanziellen Mehrleistungen gegenüber der früheren Lage.

In den Dresdener Anstalten, wie auch anderen Orts, wird im Zusammenhang mit dem Achtstundentag über große Verluste durch Inventarschädigungen, Abhandenkommen von Wäsche und Diebstähle verschiedener Art geklagt. Naturgemäß: Bei den so häufigen Ablösungen des Personals, sei es im täglichen Dreischichtwechsel, sei es an eingeschalteten freien Tagen, kann für Inventarverluste niemand haftbar gemacht werden. Täglich dreimal das Inventar zu übergeben, ist eine praktische Unmöglichkeit, also fehlt jede wirksame Kontrolle, und es will auf der Station auch gar niemand die Verantwortung übernehmen.

Was Irrenanstalten anbelangt, so kamen nach Falkenberg[1]) die großen Berliner Anstalten, die infolge der starken Krankenbewegung der Großstadt schon in früheren Zeiten verhältnismäßig zahlreicheres Personal verwendet hatten als andere, namentlich ländliche Irrenanstalten, bei Einführung des Achtstundendienstes mit einer Vermehrung um 70 Proz. aus. Sonst wird aus den Irrenanstalten meist eine Vermehrung von 100 Proz. berichtet[2]). Altscherbitz hat sogar nur für Durchführung der Sechsundfünfzigstundenwoche die Personalziffer derart erhöhen müssen, daß jetzt im Durchschnitt auf 3,25 Kranke eine Pflegeperson kommt, früher auf (6 bis) 7. Kolb hat[3]) berechnet, daß die allgemeine Durchführung des Achtstundentages für jeden Kranken eine Tagesausgabe von 7 bis 11 M. nur für Pfleger ergeben, und daß damit der Gesamtaufwand für jeden Kranken auf 17 bis 23 M. an jedem Tage, die Mehrausgabe an Löhnen in den Irrenanstalten Deutschlands jährlich aber auf 123 Millionen steigen würde, wobei der Mehrbedarf an Oberpflegepersonal noch nicht berücksichtigt ist. Diese Zahlen, die für 1919/20 berechnet sind, würden nach heutigen Teuerungsverhältnissen sich noch entsprechend erhöhen müssen. — Die ungeteilte Arbeitszeit — Dreischichtwechsel — ist teurer als die geteilte, da sie 18 bis 20 Proz. mehr Pfleger nötig macht.

Die Wirkung obiger Zahlen gibt sich bereits in den unerträglich hohen Verpflegungssätzen der Krankenanstalten zu erkennen. Diese allein auf das Konto der allgemeinen Lebens- und Teuerungsverhältnisse zu setzen und die Wirkungen des Achtstundentages als geringfügig übersehen zu wollen, wie es in den Verbandsschriften des Pflegepersonals immer wieder versucht wird, geht keinesfalls an. In einem großen Berliner Krankenhause wurde nämlich berechnet, daß bei dem Vergleich des Budgets von 1912 und 1921 sich außer den Aufwendungen für Heizung und Feuerung nur die Aufwendungen für Gehälter des Wart- und Pflegepersonals prozentual im Verhältnis zu den Gesamtausgaben wesentlich erhöht haben — 16 statt 9,1 Proz. —, während sonst überall infolge Einsparens, Zurückhaltung in

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 76, Heft 4.
[2]) Vgl. u. a. ebenda, Heft 2.
[3]) Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1920 21, Heft 17 18.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neuanschaffungen usw. die Ausgabeposten prozentual sich wesentlich gesenkt haben [1]).

Leipzig, das den Achtstundentag bei dem Pflegepersonal nicht eingeführt hat (nur beim Betriebspersonal), sonst aber in seinen Krankenanstalten unter Verhältnissen arbeitet, die sich denen Dresdens ohne weiteres vergleichen lassen, ist bei den fortschreitenden Erhöhungen seiner Verpflegsätze in der allgemeinen Verpflegklasse von Dresden, das den Achtstundentag allgemein durchgeführt hat, durchschnittlich um ein Drittel übertroffen worden.

Wie sollen Kassen, Ortsarmenverbände usw. solche Lasten aufbringen? Und dabei reichen die jetzt geforderten Sätze selbstverständlich noch lange nicht zu, etwa den Betrieb finanziell selbsttragend zu machen: die großen Krankenhäuser verzehren noch Millionenzuschüsse. — Sollen aber die Mehrkosten von den Selbstzahlern getragen werden, so bedeutet das für die wirtschaftlich Schwächeren unter ihnen, daß ihnen in vielen Fällen, wo nicht zwingendste Not vorliegt, der Segen einer Krankenhausbehandlung vorenthalten bleibt. Hinsichtlich der Geisteskranken liegt im besonderen noch die Gefahr vor, daß sie aus wirtschaftlichen Gründen gar nicht oder nicht rechtzeitig in die Anstalt gebracht, oder zu frühzeitig wieder herausgeholt werden und dann eine wesentliche Gefahr für sich selbst, für die Familie und für die Allgemeinheit werden können.

Selbst eine so großzügige Stadtgemeinde wie Frankfurt a. M. sieht sich angesichts der eben gekennzeichneten Finanzlage ihrer Krankenhäuser genötigt, eine wesentliche Verminderung der Bettenzahl, Schließung einer Anstalt, Entlassung von irgend entbehrlichem Personal, Kündigung von Tarifverträgen, Lohnkürzung und — Wiederabschaffung des Achtstundentages zugunsten der Sechzigstundenwoche in Aussicht zu nehmen.

Für die Privatanstalten — im ganzen etwa 300 000 Betten — wurde schon auf der Konferenz im Reichsarbeitsministerium (s. o.) betont, daß bei zwangsweiser Einführung des Achtstundentages ein großer Teil von ihnen würde schließen müssen. — Private, gemeinnützige Stiftungen, Vereine, Anstalten der inneren Mission, Diakonissen- und Ordenshäuser können sich schon jetzt kaum mehr über Wasser halten. Der gesetzliche Zwang des Achtstundentages würde ihnen Lasten auferlegen, die nicht mehr getragen werden könnten. Sie in gemeinschaftliche Betriebe überzuführen, würde nicht nur der Allgemeinheit vermehrte Lasten bringen, da ja bekanntlich, wie überall so auch hier, der Privatbetrieb billiger arbeitet als öffentliche Unternehmungen, sondern würde außerdem wichtige ethische Werte gefährden, da nach der geschichtlichen Entwicklung dieser Betriebe in weiteren Volkskreisen ein persönliches, oft opferfreudiges Interesse an sie geknüpft ist, das verloren gehen würde. — Auch die Privatkliniken und -anstalten einzelner Ärzte dürfen nicht mit „kapitalistischen" Unternehmungen im gewöhnlichen Sinne auf eine Stufe gestellt werden.

Es stehen nun die Dinge so, daß eine Zeit, die das Bestreben hat, den breiteren Volksschichten Bildung und Kulturgüter in möglichst weitem Umfange zugänglich zu machen, gezwungen ist, durch die hohen Verpflegsätze und die drohende Verminderung der Betten in den Krankenhäusern

[1]) Zeitschrift für Krankenanstalten XVII, Heft 23/24; daselbst tabellarische Übersicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(s. Frankfurt) in der allerwichtigsten Hinsicht, nämlich der Hilfeleistung in Not und Krankheitszeit die Fürsorge für die Bevölkerung ganz bedenklich zu gefährden.

Es ist schwer verständlich, wie zwei ärztliche Befürworter des Achtstundentages, Schlomer[1]) und Friedländer[2]), darüber hinweggehen können mit der wenig überzeugenden Begründung, angesichts der allgemeinen Lohnaufwendungen in Industrie und Gewerbe fielen die Mehrkosten für die Krankenpflegepersonen, die nur einen bescheidenen Bruchteil aller Lohnempfänger ausmachten, nicht wesentlich ins Gewicht. Dagegen bleibt zu erwidern, daß gerade eine Erschwerung oder Verteuerung der Krankenpflege die Bevölkerung an einer besonders empfindlichen, lebenswichtigen Stelle trifft, deren Bedeutung für die Allgemeinheit gar nicht zu vergleichen ist mit der vieler mehr minder wichtigen Industriezweige.

Angesichts der in den hier gegebenen Zahlen sich spiegelnden Sachlage muß jedenfalls gesagt werden: die allgemeine Einführung des Achtstundentages in die Krankenpflege wäre nur dann zu rechtfertigen, wenn der kaum erträglichen finanziellen Belastung ein Ausgleich durch wichtige sachliche Vorteile in anderen Hinsichten entsprechen würde.

2. Die Wirkung des Achtstundentages auf das Personal.

Es handelt sich hier um die Feststellung, ob die erforderliche Fürsorge für das Krankenpflegepersonal den Achtstundentag notwendig macht, und andererseits, welche Wirkung auf die Berufsangehörigen diese Dienstregelung schon bisher gezeitigt hat.

Vom hygienischen Standpunkt ist ohne weiteres dafür einzutreten, daß schwere Arbeit in Industrie und Gewerbe auf die achtstündige Leistung beschränkt wird. Abbe hat in seinen volkswirtschaftlichen Aufsätzen (Jena 1906) dargelegt, daß beim Industriearbeiter als ursächlicher Faktor der Ermüdung nicht nur die schwere körperliche Arbeit in Betracht kommt, sondern schon die Gleichartigkeit der Arbeit, das Geräusch der Umgebung, der gleichmäßige Zwang zur Aufmerksamkeitsspannung zu einer rein passiven Ermüdung führt und einen großen Teil der Arbeitskräfte aufzehrt. Daher sieht Abbe in jeder Verkürzung der Arbeitszeit einen Reingewinn an Kraft, der sich in erhöhten Leistungen während der kürzeren Zeit geltend macht; beim praktischen Versuch in den Zeisswerken hat sich ihm die Tagesleistung in acht Stunden größer erwiesen als in neun. — Herkner — in: „Die Arbeiterfrage“ — sieht den ökonomischen Kern der Frage im Verhältnis zwischen Arbeitszeit und Arbeitsleistung. Der Energieverbrauch im menschlichen Organismus hat eine Grenze nach oben, die nicht überschritten werden darf, ohne den Organismus zu schädigen, aber auch eine Grenze nach unten, deren Unterschreitung eine lähmende Wirkung übt. Es gibt also ein Optimum, das sehr verschieden ist je nach Individualität des Arbeiters und Art der Arbeit. Bedingt die Arbeit einen Wechsel im Gebrauch der verschiedenen körperlichen und seelischen Organe, so wird die Ermüdungswirkung geringer sein; bei sehr gleichförmiger Arbeit schleppen sich leicht Ermüdungsreste vom vorhergehenden Tage mit in den folgenden. Daß übrigens ein zu geringer Energieverbrauch durch unzureichende Aus-

[1]) Zeitschrift für Soziale Hygiene, Fürsorge und Krankenhauswesen 1920, Heft 9.
[2]) Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1920/21, Heft 47/48.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nutzung seiner Arbeitskraft auf den Menschen auch in psychischer Hinsicht eine allgemein schädigende Wirkung ausübt, kann nicht bezweifelt werden.

Es ist selbstverständlich, daß gerade die Ärzte als die berufenen Wächter der Hygiene den Arbeitsverhältnissen ihrer Mitarbeiter ein besonderes Augenmerk schenken müssen. Ein nicht nur tüchtiger, sondern auch gesunder und arbeitsfroher Krankenpflegerstand ist nicht zum mindesten auch im Interesse der Kranken unentbehrlich. Wenn von den Berufsorganisationen der Krankenpfleger immer wieder betont wird, daß bisher mit den Kräften und der Gesundheit der Krankenpfleger aufs ärgste Raubbau getrieben worden sei, daß man sie unter dem Deckmantel der Charitas ausgebeutet habe, wenn hingewiesen wird auf den besonders ungünstigen Gesundheitszustand des Krankenpflegepersonals, auf die Häufigkeit von Tuberkulose und Selbstmorden und auf gewisse Unterleibsstörungen (Bänderdehnungen usw.) als Berufskrankheit der Pflegerinnen[1]), so wird nach Abzug einiger agitatorischer Übertreibungen zuzugeben sein, daß allerdings in früheren Zeiten an Fürsorge für das Personal vielerorts mehr hätte geschehen können, und daß es leider erst der Staatsumwälzung bedurft hat, um darin gründlicheren Wandel zu schaffen. Laut „Medizin.-Statistische Nachrichten" 1911/12, Heft 4[2]) betrug in den preußischen Krankenanstalten die Arbeitsbereitschaft im Durchschnitt 14 Stunden, nach Abzug der Pausen 11 Stunden; 41,2 Proz. der weiblichen Pflegepersonen hatten sogar noch 14 bis 17 Stunden Dienstzeit. In einigen Anstalten bestand ein- bis zweimal im Monat eine länger als 24 Stunden währende Bereitschaft der Pfleger — bis zu 30, 33, 40 Stunden. — Auch an anderen Stellen[3]) wird darüber Klage geführt, daß eine 16stündige Arbeitszeit zu keiner Seltenheit gehörte, daß manchenorts Nacht- und Tagesschicht nicht getrennt wurden, das am Tage ermüdete Personal auch noch nachts zum Dienst herangezogen wurde, und zwar nicht nur in Privatanstalten.

Prinzing[4]) nennt die Sterblichkeit der Krankenpflegerinnen „sehr hoch, besonders die an Tuberkulose", und fügt eine Statistik aus den Jahren 1863 bis 1868 bei, wonach die Sterblichkeit zwischen dem 15. und 30. Lebensjahre bei barmherzigen Schwestern je nach den einzelnen Jahresstufen die drei- bis fünffache war von der anderer weiblicher Personen in Preußen. Von den barmherzigen Schwestern Österreichs starben 94 Proz. vor dem 50. Lebensjahre. Zu dieser Statistik, die allerdings recht weit zurückliegt und sich zudem nur auf weibliche Pflegepersonen bezieht, ist zu bemerken, daß sie auf die Verhältnisse im allgemeinen Krankenpflegerberuf kaum Schlüsse zuläßt. Bei barmherzigen Schwestern liegen die Dinge nämlich ganz besonders ungünstig: schon die Auslese der in den Orden Eintretenden geschieht nicht nach dem Gesichtspunkt der körperlichen Eignung für den Beruf, sondern ausschließlich nach dem Maßstab religiöser Gesinnung; ferner beansprucht das Ordensleben neben der Berufstätigkeit nicht unwesentliche Zeit und Kraft für religiöse Übungen, die zum Teil den nächtlichen Schlaf unterbrechen; ferner spielt hier Mangel an Erholung.

[1]) San. Warte XX, Heft 10, 17 u. a.
[2]) Zitiert nach Schlomer, Zeitschrift f. Soz. Hygiene usf. 1920, Heft 9.
[3]) Zeitschrift f. Krankenanstalten 1920, S. 263.
[4]) Handbuch der Med. Statistik.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pausen und Urlaub, vielleicht auch ungenügende Ernährung im Zusammenhang mit asketischen Neigungen eine Rolle.

Gelegentlich erwähnt wird noch die Selbstmordhäufigkeit bei Irrenpflegerinnen; diese scheint mir allerdings für die Beurteilung noch eine wesentliche Einschränkung in der Tatsache zu finden, daß zu diesem Beruf erfahrungsgemäß vielfach psychopathisch veranlagte Persönlichkeiten drängen, bei denen ein Suicid aus anomaler psychischer Reaktion entsprechend näher liegt.

Eine wirklich verwertbare Statistik über die allgemeine Morbidität und Mortalität im Krankenpflegeberuf habe ich nicht gefunden. Es ist aber a priori einleuchtend, daß, wer ständig mit Kranken umgeht, gewissen Gefahren, von denen die Ansteckung mit kontagiösen Erkrankungen, Tuberkulose, Sepsis in erster Linie in Betracht kommt, in vermehrtem Maße ausgesetzt ist. Sicher ist auch nach obigem, daß Mißstände in der dienstlichen Nutzung des Pflegepersonals vielfach vorgelegen haben. Da war Abhilfe nötig, und es ist daher zu begrüßen, daß eine gesetzliche Regelung der Arbeitszeit für das Krankenpflegepersonal von Reichswegen angestrebt wird.

Die Neuregelung der Arbeitszeit wird im wesentlichen eine Verkürzung sein. Wieweit soll sie gehen? Die Krankenpflegerverbände erheben den Anspruch auf den Achtstundendienst, und zwar den ungeteilten, als Maximalarbeitstag; dieser allein ermögliche es, daß der Pfleger frisch und wohlausgeruht seinen Dienst versehe, vor frühzeitiger Abnutzung bewahrt bleibe, die Möglichkeit zur Fortbildung und zur Ausübung seiner staatsbürgerlichen Rechte habe; sicher würden auch die Kranken sich lieber im Dreischichtwechsel von Pflegern mit vergnügtem Gesicht versorgen lassen als nach altem System von nur einem Pfleger mit mißmutiger Miene. — Ist diese Forderung mit der Eigenart des Berufs vereinbar? Ist sie im Interesse des Personals selbst notwendig?

Geschichtlich hervorgewachsen ist der Krankenpflegedienst aus freier Opfertätigkeit religiös-charitativ gerichteter Persönlichkeiten und Verbände. Entsprechend dem Wechsel der Zeitanschauungen hat diese Auffassung vielfach jener anderen das Feld geräumt, die in der Ausübung der Krankenpflege einen Beruf sieht, der wie jeder andere in erster Linie seinen Träger erhalten soll und dessen persönliche Wünsche und Bedürfnisse mehr betonen läßt. War früher jene ersterwähnte Auffassung vom Pflegedienst als christlicher Liebestätigkeit vielleicht überspannt worden, so jetzt die zweite Ansicht von der Krankenpflege als bloßer Berufsübung. Es ist verständlich unter der Mentalität der Nachkriegszeit, daß die Pfleger den Trieb haben, ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern, daß sie nicht schlechter gestellt zu sein wünschen als industrielle und gewerbliche Arbeiter, und daß sie sich auf den Standpunkt stellen: was dem einen recht ist, ist dem anderen billig. In der „Sanitätswarte“ 1921, Heft 2 wird darauf hingewiesen, daß z. B. in Dresden das Pflegepersonal am schlechtesten von allen „Arbeitnehmern“ bezahlt sei — „sollen wir dafür auch noch unter ein Ausnahmegesetz in der Arbeitszeit fallen?“ Andere Begründungen freilich, die man in den Verbandsblättern liest, können wir für unsere Betrachtung von vornherein ausschalten, da sie ins Gebiet der Politik und der agitatorischen Verhetzung führen: so, wenn Ärzte und Krankenhausleiter als „Interessenten“

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bezeichnet werden, die ihre egoistischen Motive — Sorge um Existenz und Geldbeutel und Wunsch, ihre Macht die „Arbeitnehmer“ fühlen zu lassen — „verschanzten“ hinter der behaupteten Fürsorglichkeit für die Kranken.

Vom ärztlichen Standpunkt ist vor allem zu betonen: so sehr eine Herabsetzung der Arbeitszeit für die Krankenpfleger an sich berechtigt und notwendig erscheint, um ihrer Überanstrengung und unzeitigen Abnutzung vorzubeugen, so wenig läßt doch die Eigenart des Krankendienstes eine schematische Übertragung des Achtstundentages zu; er läßt sich eben nicht in eine Schablone pressen. Die Verhältnisse und Arbeitsanforderungen liegen zu verschieden. Ein Krankenhaus ist keine Fabrik und hat es nicht mit totem Material zu tun, sondern mit dem lebenden Menschen. Die Kranken lassen sich nicht vorschreiben, wie und wann sie der Pflege bedürfen sollen. Der Betrieb eines Krankenhauses kann nicht wie der eines industriellen Werkes nach dem freien Willen des Leiters oder seiner Mitarbeiter gestaltet werden, sondern er hängt ab von wechselnden und unberechenbaren Notständen, vom jeweiligen Gesundheitszustand der Bevölkerung. Daher ändert sich die Belegung mit Kranken und die Zahl der schweren Erkrankungsfälle und damit der Umfang des Dienstes, während ein industrielles Werk beliebig die Arbeit einteilen, sein Fabrikationsmaterial ruhig für heute liegen lassen und ein andermal weiterbearbeiten kann. — Die sich ändernde Bewegung im Maß der Arbeitsanforderungen gewährt aber zugleich dem Krankenpfleger vom Standpunkt der Arbeitshygiene aus wichtige Vorteile: der Fabrikarbeiter steht dauernd an seiner Maschine und macht ununterbrochen seine gleichförmige Arbeit, die er nach acht Stunden ermüdet weglegt. Im Wesen des Krankenpflegedienstes dagegen liegt ein Wechsel zwischen stärkeren und geringeren Anforderungen, zwischen Arbeit und Ruhe. Die Inanspruchnahme wechselt nach Zeiten, sie geht aber auch an einem und demselben Tage nicht gleichmäßig vor sich, sondern es ergeben sich natürliche Ruhepausen, in denen der Pfleger auch einmal bei einzelnen Kranken verweilen, vielleicht sogar manchmal sein Zimmer aufsuchen kann; manche halbe Stunde oder Stunde ist mit Warten oder bloßer Bereitschaft ausgefüllt. Wenn die morgenlichen Arbeiten auf der Station verrichtet sind und die ärztliche Visite vorüber ist, ergeben sich vielfach von selber derartige Pausen; ebenso pflegt es nach dem Mittagessen auf den Stationen meist einige Stunden ruhig zu sein, wenn nicht besondere Fälle eintreten; am späteren Nachmittag treten dann wieder vermehrte Anforderungen an die Pflegepersonen heran. In dieser natürlichen Kurvenbewegung der Arbeitsinanspruchnahme liegt ein ausgleichendes Moment für etwa länger geleistete Arbeitszeit; der industrielle Arbeiter kennt derartige Pausen nicht. Weiter hat letzterer die Möglichkeit, die Verkürzung der Arbeitszeit durch intensivere Arbeit auszugleichen, in der Krankenpflege fehlt die Möglichkeit, das Arbeitsquantum zu intensivieren. Der industrielle Arbeiter hat meist einen weiten Weg, oft weite Bahnfahrten zurückzulegen bis er an seine Arbeitsstätte gelangt, Pflegepersonen — namentlich weibliche — haben vielfach im Krankenhause ihre Wohnung. Jener muß für seinen Lebensbedarf selber sorgen und hat mancherlei häusliche Verrichtungen, diese — zum mindesten wenn ledig — haben im Krankenhause mühelos ihre Verpflegung, Dienstkleidung, meist auch Wäsche und Ausbessern der Kleider. Jener ist durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Gleichförmigkeit ein und derselben mechanischen Verrichtung zu ermüdender Inanspruchnahme immer derselben Muskelgruppen und zu Anspannung der Aufmerksamkeit in einer Richtung gezwungen, bei diesem sorgt der Tageslauf für reichlichen Wechsel in den körperlichen wie in den seelischen Leistungen. — Ich kann auch den gelegentlich zu hörenden Einwand, der Krankenpflegerberuf wirke „entpersönlichend" und rechtfertige daher eine längere Freizeit, nicht gelten lassen. Entpersönlichend wirkt wohl die mechanische Arbeit des Fabrikarbeiters, nicht aber die des Pflegers, die den leidenden Menschen zum Gegenstand hat.

Weit eher als mit der Fabrikarbeit lassen sich die Verhältnisse im Krankenpflegeberuf vergleichen mit denen der Hausangestellten (wie wäre da die ungeteilte achtstündige Arbeitszeit und die 48-Stundenwoche durchführbar?) und mit denen der landwirtschaftlichen Arbeiter, die in ihrer Abhängigkeit von Wetter und Jahreszeit ihre Arbeit eben auch nicht in die Achtstundenschablone zwängen können. Es liegen zudem in den verschiedenen Krankenhäusern und auf den einzelnen Krankenstationen die Dinge so verschieden, daß es von vornherein unsinnig erscheint, alles über einen Kamm zu scheren. Im großen Krankenhause mit seiner stark fluktuierenden Krankenbewegung, dem großen Material an frisch Operierten, Schwerkranken und Verunglückten sind die Anforderungen an das Personal höher als in vielen kleinen Krankenanstalten, wo das Personal oft ein recht beschauliches Dasein hat. Dann aber sind auch bei Erstgenannten wesentliche Unterschiede, je nachdem es sich um eine Schwerkrankenstation oder um einen Saal mit leichten chirurgischen Fällen, Hautkrankheiten u. a. handelt. Oder wenn z. B. ein einzelner Pfleger mit einem infektiösen Kranken isoliert wird, kann da von einer Arbeit die Rede sein, die auf acht Stunden beschränkt werden müßte?

Um noch an die Verhältnisse der Irrenanstalt zu erinnern, so ist hier freilich der Dienst auf einer unruhigen (namentlich Frauen-) Station oder im Unruhigenbad derartig schwer und aufreibend, daß acht Stunden reichlich genug sind, während andererseits in einem Hause mit chronischen, tagsüber auf Arbeit gehenden Kranken die Schwester doch eigentlich nur die Funktion einer Hausmutter hat, die den geregelten Tageslauf überwacht, das Essen austeilt und die Garderobe in Ordnung hält; man wird nicht sagen können, daß das eine aufreibende Arbeit sei, die schon mittags um 2 Uhr den Feierabend wünschenswert oder nötig mache. Ähnlich liegen die Dinge vielfach auch hinsichtlich des Aufsichtsdienstes bei arbeitenden Geisteskranken.

Auf der dritten Konferenz des Krankenpflegepersonals (Jena 1919; vgl. Protokoll der Konferenz) ist die bündige Forderung der ungeteilten Arbeitszeit im Rahmen der 48-Stundenwoche erhoben worden, mit der Begründung: nur dadurch biete sich die „Möglichkeit der Beschränkung der zahlreichen schweren Gefahren für Leben und Gesundheit des Personals". Die Behauptung bleibt unbewiesen, sie läßt sich vielleicht unter politischen Gesichtspunkten als Parteidogma rechtfertigen, hält aber kritischer Würdigung vom hygienischen Standpunkt aus nicht stand. Die Rücksicht auf die besonderen Arbeitsbedingungen und die Gesundheitsverhältnisse im Krankenpflegeberuf machen keineswegs eine einheitliche Herabsetzung der Arbeitszeit bis herunter auf acht Stunden notwendig. In den Industrien

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

betrug früher die Arbeitszeit zehn Stunden, sie ist also um zwei Stunden gekürzt worden; im Pflegerberuf betrug sie vielfach 15 Stunden, und nun wird Kürzung bis fast um die Hälfte verlangt. Daß zwischen 15 und 8 immerhin noch Zwischenstufen sind, wird nicht erwähnt, sondern bündig behauptet, nur der Achtstundentag und nur er biete genügende Gewähr für Schutz vor Überanstrengung und für Erhaltung der Arbeitskraft. Meines Erachtens ist das nicht nur unerwiesen, sondern auch unrichtig. Es ist auch einseitig und gar nicht berechtigt, alle sozialhygienische Fürsorge für das Pflegepersonal in der Verkürzung der Arbeitszeit erschöpfen zu wollen. Anderes Wichtiges — wie u. a. Kolb hervorgehoben hat — kann da noch geschehen: Vor allem sorgfältige körperliche Auslese bei der Einstellung, dann Sorge für gute Ernährung, Ruhepausen nach dem Essen, ergiebige Nachtruhe, selbstverständlich strenge Scheidung zwischen Tag- und Nachtschicht, Einschaltung von freien Tagen, mehrwöchiger Jahresurlaub, regelmäßiger Wechsel im Dienst auf schweren und leichteren Stationen, Schaffung gesundheitsmäßiger freundlicher Wohn- und Erholungsräume, gut auskömmliche Lohnverhältnisse, Altersversorgung, Hebung der sozialen Stellung, eventuell Beamtencharakter, geeignete berufliche Schulung und Fortbildung, Hebung der allgemeinen Bildung, Darbietung edler Vergnügungen, für Verheiratete Ermöglichung geregelten Familienlebens, eventuell ländliche Siedelung in der Nähe der Krankenanstalt (wie es heute vielfach schon bei Irrenanstalten der Fall ist), Heranbildung des Pflegerstandes zu bewußter Mitarbeit am Organismus des Anstaltsbetriebes. — Durch Gewährung solcher Fürsorge wäre zugleich die vielleicht ungünstigere Stellung in der Frage der Arbeitszeit gegenüber den Industriearbeitern mehr als wett gemacht.

In dem erwähnten Verhandlungsprotokoll heißt es in einem Referat: „In keiner der großen Krankenanstalten, wo der Achtstundentag schon eingeführt ist, haben sich irgendwelche Nachteile für die Kranken, wohl aber sehr viele Vorteile für diese (!) wie auch für das Personal ergeben." Diese Behauptung läßt sich heute schon aus einem ziemlich ergiebigen Erfahrungsmaterial nachprüfen. Über die Wirkung auf die Krankenfürsorge wird in dem nächsten Abschnitt zu reden sein. Hier indes ist noch zu handeln über die Wirkung der radikalen Arbeitsverkürzung auf das Personal, wie sie sich in den Mitteilungen der Ärzte und Anstaltsleiter spiegelt, die seit 1 bis 3 Jahren die Neuregelung erprobt haben.

Schlomer (l. c.), der für den Achtstundentag eintritt, steht in der zugänglichen Literatur jedenfalls allein da mit der Ansicht, daß Verkürzung der Arbeitszeit „stets eine Hebung des beruflichen, geistigen und sittlichen Niveaus der Pfleger bedinge"; er verspricht sich von dieser Verkürzung auch für das Pflegepersonal die Möglichkeit, größere Welterfahrung zu gewinnen durch Herausgehobensein aus der engen und kleinlichen Atmosphäre des Krankenhauses, — dadurch werde auch das seelische Verständnis für die Kranken nur gewinnen. Eine solche Ansicht rechnet freilich nicht mit der Wirklichkeit, nicht mit den menschlichen Schwächen. So werden denn auch von vielen Seiten, wo die Achtstundenregelung längst getroffen ist, die ungünstigsten Erfahrungen mitgeteilt über die Wirkung der verkürzten Arbeits- bzw. vermehrten Freizeit auf die dienstliche wie persönliche Qualität der Pflegepersonen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus der Anstalt Haar, wo der Dreischichtwechsel durchgeführt ist, weist Blachian[1]) darauf hin, wie es ein Unding sei, wenn ein junger Pfleger im besten Leistungsalter allwöchentlich einen völlig freien Tag und dazu sechs freie Vor- oder Nachmittage (!) habe, und wie durch die Freizeit und deren Mißbrauch auch das Niveau der Arbeitsleistung beeinträchtigt worden sei. — Im Niederrheinischen Provinziallandtag führte der Landeshauptmann Horian darüber Klage, daß bei gewissen Formen der 48-Stundenwoche auf das Jahr 180 freie Tage entfielen; das Personal müsse sich im Dienst von den Strapazen der Freistunden erholen[2]). Kolb[3]) hat beobachtet, daß durch Häufung der Freizeiten besonders die jüngeren Pflegerinnen in erhöhtem Maße sittlichen und gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt seien. — Eine Anstalt in der Provinz Sachsen hatte über Häufung der Diebstähle zu klagen; bei Anlaß der häufigen Ausgänge erwies sich die Versuchung als groß, Eigentum der Anstalt, der Mitpflegerinnen und selbst der Kranken mitlaufen zu lassen. — Der ärztliche Direktor einer großstädtischen Anstalt erklärt: „Die viele Freizeit ist in der Großstadt für das weibliche Personal direkt ein Verderb. Es häufen sich Schwangerschaften und Aborte (eine Klage, die auch sonst vielfach laut wird; Krankmeldung wegen „Unterleibsleidens"); die schwärmenden Mädchen kommen oft erst nachts zwischen 2 und 3 Uhr zurück, jede Kontrolle lehnen sie in Übereinstimmung mit der Organisation als unberechtigten Eingriff in ihre persönliche Freiheit ab. Einschlafen im Dienst kam vor. Kann man in solche Hände noch mit gutem Gewissen die Verantwortung für die Kranken legen? Gewiß sind nicht alle so, aber doch wird durch derartige Elemente das gesamte Niveau verschlechtert und der Dienst geschädigt. Jede Woche machen sich neue Rundschreiben nötig, um an selbstverständliche Pflichten zu erinnern. Die Oberschwestern erklären sich kaum noch imstande, den Betrieb aufrecht zu erhalten wegen mangelhafter Pflichterfüllung des Personals".

Wattenberg führt[4]) nach einjähriger Erprobung des Achtstundentages an der Lübecker Staatsirrenanstalt aus: Von einer ausruhenden Wirkung der vielen Freizeiten sei nichts zu beobachten gewesen, der große Teil des Personals sei vielmehr infolge zuchtloser Ausnutzung der Freizeit in müdem und abgehetztem Zustande erschienen; in nie gekannter Häufigkeit sei Einschlafen im Dienst, sogar auf verantwortungsvollem Posten, vorgekommen. Die Leistungen der Nachtwachen seien zeitweise derart schlecht gewesen, daß alle paar Tage Ablösung nötig war. Man habe ein allgemeines Sinken des ethischen und moralischen Niveaus feststellen müssen: Unordentlichkeit, Verstöße gegen die Hausordnung bei nächtlichem Nachhausekommen, Trunkenheit, Unehrlichkeit, Diebstähle, selbst Einbruchsdiebstähle; den Kranken sonst gewährte Erleichterungen hätten gestrichen werden müssen, weil nicht genügend vertrauenswertes Personal zur Überwachung der Kranken vorhanden war. — Lienau (Hamburg) hat auf dem Psychiatr.-Neurol. Kongreß in Kiel November 1920 erklärt: „Das früher durchaus tüchtige Personal ist durch Hetzschriften und unter Zusicherung des Schutzes der Arbeiterorganisationen im höchsten Maße verwildert. Mißhandlungen von

[1]) Allg. Zeitschrift f. Psych., Bd. 76, Heft 2. — Neuerdings ist übrigens in Haar wie im benachbarten Eglfing zur 52½-Stundenwoche übergegangen worden.
[2]) Sanitätswarte XXI, 1.
[3]) l. c.
[4]) Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1919,20, Heft 51,52.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geisteskranken, Diebstähle und Unpünktlichkeit im Dienst gehören zur Tagesordnung." — Von verschiedenen Seiten — z. B. Dresdener Krankenanstalten — ist darauf hingewiesen worden, daß die vermehrte Freizeit den allgemeinen Gesundheitszustand beim Pflegepersonal keineswegs günstig beeinflußt habe, es haben sich sogar die Erkrankungsfälle — oder doch mindestens Krankmeldungen — gegen früher wesentlich erhöht. Bei diesen Krankmeldungen wird zum Teil recht rücksichtslos verfahren, z. B. ist es kein seltenes Vorkommnis, daß Pflegepersonen abends eine halbe Stunde, ehe sie zur Nachtwache antreten sollten, von draußen hereintelephonierten, sie wären erkrankt und könnten nicht kommen; es mußte dann Hals über Kopf für Ersatz gesorgt werden, der überdies noch mit Überstunden zu entschädigen war. — Im Badischen Landtag hat am 1. Juli 1920 der Berichterstatter über das Anstaltswesen bewegliche Klage darüber geführt, daß man kein pflichttreues, vertrauenswürdiges Personal mehr habe. Es wurde erwähnt, daß in der Anstalt Wiesloch auf einer Abteilung für ruhige Arbeitende die Kranken auch im Sommer morgens bis 7½ Uhr in den Betten liegen bleiben mußten, weil im Zusammenhang mit der Einführung des Achtstundentages das Personal früher zum Dienst anzutreten sich geweigert und dabei mit sehr energischen Mitteln gedroht hatte. — Von vielen Seiten wird darüber geklagt, daß das diensttuende Personal von dem dienstfreien, das sich zum Teil auf den Abteilungen herumtreibe und da aus- und eingehe, gestört und abgelenkt werde.

Naturgemäß machen sich die schädigenden Wirkungen der übermäßig reichlichen Freizeit am auffallendsten bemerkbar beim weiblichen, insbesondere jüngeren Personal. Verheiratete Pfleger werden meist einen nützlichen Gebrauch von ihrer Zeit zu machen wissen, indem sie sich der Familie widmen oder in der Garten- und Tierwirtschaft betätigen. Freilich auch hier schleichen sich, wie die Erfahrung gezeigt hat, wieder Mißstände ein: Gerade der Tüchtige und Strebsame, der sich von einem Halbtagwerk nicht befriedigt fühlt, unterliegt leicht der Versuchung, die Freizeit zu benutzen, um noch irgend einem Gewerbe nachzugehen, vor allem im früheren Beruf, in einem Handwerk u. dgl. zu arbeiten. Kommt er dann ermüdet in den Dienst, so geht eben jene Betätigung auch wieder auf Kosten des eigentlichen Berufsinteresses und der beruflichen Leistungen, und das Endergebnis wird gleich dem beim weiblichen Personal zu rügenden.

Es kann nun eingewendet werden, daß in der obigen Aufzählung von schlimmen Wirkungen dem Achtstundentag Unrecht geschähe, indem ihm zur Last gelegt werde, wofür im Grunde gar nicht er verantwortlich zu machen sei, sondern der Zeitgeist mit seinen Erscheinungen allgemeiner Demoralisierung. Diesem Einwurf wird einiges Recht nicht abzusprechen sein. Gar zu leicht wird bei Kampfeseinstellung übertrieben — von beiden Seiten. Sicherlich wird man im obigen Sündenregister des Achtstundentages einige Einschränkungen machen müssen, namentlich hinsichtlich des Mangels an allgemeiner Disziplin, an Verantwortlichkeit und Pflichtgefühl. Die gleiche Einschränkung möchte man auch hinsichtlich der Entwendungen und Diebstähle machen, die zum Teil wohl doch auch der allgemeinen Lockerung der Begriffe von Mein und Dein zur Last gelegt werden müssen, die durch alle Stände hindurch — auch außerhalb des Achtstundentages — beobachtet wird; freilich aber muß man sich auch gegenwärtig halten, daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Achtstundentag durch die häufige Gelegenheit zu Ausgängen und durch die Unmöglichkeit einer geordneten Inventarführung im dreischichtigen Personalwechsel die Versuchung für wankende Charaktere erhöht. Hier wie sonst wird niemand exakt feststellen können, in welcher Weise und an welcher Grenze die Wirkungen des Achtstundentages und der allgemeinen Zeiteinflüsse sich mischen. Aber auch wenn man so noch Einschränkungen und Abzüge billigerweise machen muß, so wird man nach den zahlreichen übereinstimmenden Zeugnissen doch nicht umhin können, zuzugeben, daß die radikale Kürzung der Arbeitszeit und die damit verbundene übermäßige Freizeit auf das Personal und seine Dienstübung vielfach demoralisierende Wirkungen tatsächlich ausgeübt hat.

In gewissem Sinne läuft der Achtstundentag sogar dem wohlverstandenen Interesse des Personals selbst zuwider, dessen eigene Existenz gefährdet wird, wenn die unerträglichen finanziellen Lasten zu einer Entvölkerung der Krankenanstalten, zu einer Schließung privater — oder von charitativen Verbänden getragener Krankenhäuser oder zu einer ersatzweise vermehrten Einstellung von Krankenpflegepersonen, die geistlichen oder Ordensverbänden angehören, führen müßten. Kolb (l. c.) macht darauf aufmerksam, daß es bei einer Vermehrung des Personals um 100 Proz. weit schwerer sein wird, die wünschenswerten Verbesserungen der allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Lage des Pflegerstandes durchzusetzen; bei weiterer Beschneidung der Pflichten würden wohl auch Beschränkungen der bisherigen Vorzugsrechte des Standes unausbleiblich sein (Urlaube, Sicherung gegen Kündigung und Entlassung, freie Wohnung und Beköstigung, Recht auf frühzeitige Pensionierung in manchen kommunalen und bundesstaatlichen Betrieben); endlich sei auch darauf aufmerksam zu machen, daß namentlich auf dem Lande und in kleinen Städten eine wahre Erbitterung gegen das Pflegepersonal hochwachse angesichts seiner vielen Freizeit bei hoher Bezahlung.

Ich glaube nach den Darlegungen dieses Abschnittes so weit gehen zu können, zu sagen: Die unterschiedslose Durchführung des Achtstundentages ist nicht nur nicht notwendig, sondern in mancher Hinsicht bedenklich für die Erhaltung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, Berufstüchtigkeit und Berufsmoral der Krankenpfleger.

3. Achtstundentag und Krankenfürsorge.

Es sind zwei Hauptformen des Achtstundentages, die für die praktische Anwendung in Frage kommen: Die zusammenhängende, ungeteilte Arbeitsform, die den regelmäßigen Dreischichtwechsel innerhalb 24 Stunden einschließt, — und die geteilte Arbeitszeit, die in eine meist zwölfstündige Anwesenheit einige Stunden Pause einschließt oder durch vermehrte freie Tage einen Ausgleich schafft für die gegenüber der Achtstundenschicht verlängerte Arbeitszeit; Einschränkung der Pausen führt hier natürlich zu entsprechender Vermehrung der dienstfreien Tage. — Die schlechteste Regelung ist diejenige, die einen Tag vollen Dienst vorsieht und dafür jeden zweiten Tag als dienstfrei; hierbei kommt das Personal überhaupt nicht aus der quasi Ferienstimmung, hat ständig sich in die Arbeit neu einzuleben und ist niemals richtig im Bilde über die Ereignisse des Vortages und die daraus gegebenen Notwendigkeiten. Im übrigen haben beide

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Systeme, das der geteilten und das der ungeteilten Dienstübung, ihr Für und Wider. Die Krankenpflegeorganisationen verlangen die letztgenannte, weil sie glauben, daß nur im regelmäßigen Dreischichtwechsel sicher eine Überschreitung der Achtstundenleistung zu vermeiden sei; sie mißtrauen dem Pausensystem, weil sie befürchten, daß auch während der Pause gelegentlich eine Heranziehung zu irgendwelchen Leistungen erfolgen und praktisch so wieder eine Verlängerung der Arbeitszeit gewissermaßen eingeschmuggelt werden könne.

Der Dreischichtwechsel ist klarer und ermöglicht eine genauere Kontrolle der Anwesenheit des Personals: Der Pfleger hat während dieser acht Stunden ständig anwesend zu sein, auch die Essenszeiten fallen außerhalb der Dienstzeit, während beim Pausensystem oft schwer festzustellen ist, ob ein die Station verlassender Pfleger dies zu Recht tut oder nicht; unzuverlässige Elemente haben es dabei auch leichter, sich auf angebliche Abwesenheit herauszureden, wenn irgendwelche Vorkommnisse gerügt werden müssen. Die geteilte Arbeitszeit führt auch leicht zu dem immer zu bekämpfenden Versuch, die freien Tage zusammenzulegen, eventuell drei bis fünf aneinanderzureihen, wodurch das Personal den Kranken und dem Dienst allzusehr entfremdet wird. Andererseits führt der Dreischichtwechsel zu einer ganz unerträglichen Auseinanderreißung des Dienstes, die sich nicht nur an bestimmten Tagen, sondern alle Tage wiederholt. Außerdem beansprucht der ungeteilte Achtstundentag, wie schon erwähnt, um 18 bis 20 Proz. mehr Pflegepersonal.

Die Technik der Diensteinteilung ist örtlich ganz verschieden geübt. Um zu zeigen, wie kompliziert die Dinge da liegen und wie schwierig es ist, im Rahmen des Achtstundentages halbwegs übersichtliche Verhältnisse im Dienst zu bekommen, führe ich einige Beispiele an: In den großen Dresdener Krankenhäusern hat das gesamte Hilfspersonal ungeteilte achtstündige Arbeitszeit und dazu wöchentlich einen freien Tag, die Stationsschwestern haben geteilte Arbeitszeit. Die Aufstellung der Dienstpläne hat große Schwierigkeiten gemacht, da die einzelnen Stationen sehr verschieden versorgt werden müssen und sich die Durchführung einer einheitlichen Schablone als unmöglich erwies. Die städtische Heil- und Pflegeanstalt in Dresden hat für die Pfleger den Dreischichtwechsel, für das weibliche Pflegepersonal die 48-Stundenwoche mit geteilter Arbeitszeit und jede zweite Woche zwei freie Tage, jede dritte Woche drei. — In den Magdeburger städtischen Krankenhäusern ist der Dienst von 7 bis 1 und von 3½ bis 7 Uhr, in den übrigen Zeiten tritt Wachdienst ein. — Im Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin: ungeteilte Arbeitszeit mit Überschneidung der Schichten 7 bis 3, 12 bis 8, 3 bis 11, 11 bis 7 Uhr. Diese Überschneidung hat aber wieder die Wirkung, daß gerade in den Mittags- bzw. frühen Nachmittagsstunden, wo es auf den Abteilungen am ruhigsten zu sein pflegt, überflüssigerweise doppeltes Personal vorhanden ist, während es möglicherweise in den wichtigsten Vormittagsstunden fehlt. Das Krankenhaus Berlin-Moabit hat den durch mehrstündige Mittagspause geteilten Dienst bei 48 Wochenstunden.

Die Landesheilanstalten der Provinz Sachsen haben die 56-Stundenwoche, wobei die Einteilung im einzelnen jeder Anstalt überlassen bleibt. Altscherbitz folgt dem Prinzip, die tägliche Dienstzeit nicht durch größere

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pausen zu trennen und trotz des häufigen Wechsels eine gewisse Einheitlichkeit für den Dienst zu retten; es kommt so zu folgendem komplizierten Schichtwechsel: Gruppe I hat 14 Stunden Dienst, von 5 Uhr vormittags bis $7^3/_4$ Uhr nachmittags; Gruppe II $9^1/_3$ Stunden, von 5 Uhr vormittags bis 3 Uhr nachmittags (beide Gruppen mit 40 Minuten Mittagspause); Gruppe III $4^2/_3$ Stunden, von 3 bis $7^3/_4$ Uhr nachmittags; dann tritt Nachtwache ein; jede Pflegeperson hat an je zwei Tagen einer Woche eine dieser drei Dienstformen zu übernehmen. — Die Badischen Heilanstalten haben die 52-Stundenwoche. Kolb (Erlangen) schlägt vor, wo die Einführung der 48-Stundenwoche erzwungen werde, 14 oder 15 Stunden Dienst an einem Tage tun zu lassen und dann durch ganze freie Tage zu entschädigen; er betont, daß es darauf ankomme, immer die gleiche Ablösung für den gleichen Posten zu haben, ferner, daß der Abteilungsdienst der Ärzte und Oberpfleger vertieft, und daß der Posten der Stationspfleger doppelt besetzt werden müsse so, daß sie sich bei Dienstwechsel um einen Tag überschneiden: 8 (7 + 1) × 15 Stunden, dann fünf bis sechs Tage frei.

In der oberbayerischen Kreisanstalt Eglfing ist Dreischichtwechsel eingeführt, und zwar für den Tag $7^1/_2$, für die Nacht 9 Stunden, die Arbeitspfleger (Werkstätten, Landwirtschaft usw.) haben geteilte Dienstzeit (8 bis 12, 2 bis 6).

Die westfälische Heilanstalt Aplerbeck legt Wert darauf, die Vormittagsstunden besonders reichlich zu versorgen und läßt deshalb mit der Hauptschicht früh um 7 Uhr eine zweite Schicht gleichzeitig mitantreten, die dann um 12 Uhr wieder abgelöst wird und frei hat bis zum nächsten Morgen. — In den Heilanstalten der Rheinprovinz wird der Achtstundentag in verschiedener Weise durchgeführt, teils im reinen Dreischichtwechsel, teils so, daß das Personal jeden dritten Tag und jeden zweiten Sonntag frei hat (130 freie Tage im Jahre!), teils so, daß jeder vierte oder fünfte Tag frei sind. Wiehl, der Referent des Irrenwesens in der Rheinprovinz, kommt aber zu dem resignierten Ergebnis: „alle diese Einrichtungen haben die gleichen Nachteile für die Krankenpflege und die Einheitlichkeit des Krankendienstes".

Auch die Regelung des Nachtdienstes ist sehr verschieden. Meist ist er zu acht Stunden angesetzt; die Wachen lösen dann erst abends um 10 Uhr ab, und das ist im Interesse der Kranken, die um diese Zeit längst Ruhe haben sollen, zu spät; auch 9 Uhr muß für den Wachantritt, der regelmäßig Unruhe verursacht, noch als zu spät gelten. Wo der Nachtdienst, wie in Eglfing und Haar, auf neun Stunden verlängert ist, hat das Personal zugestimmt und sich dafür Vorteile für die Tagesschichten gesichert. Deneke (Hamburg St.-Georg) läßt elf Stunden wachen an fünf aufeinanderfolgenden Tagen und gibt dafür zwei Tage ganz frei; er will damit etwa außerhalb wohnenden Pflegerinnen den Weg von und zur Dienststätte so ermöglichen, daß er nicht in ungünstigen Nachtstunden zurückgelegt zu werden braucht; da auf den meisten Stationen nachts der Dienst lediglich in Bereitschaft bestehe, sei das Personal auch mit dieser Regelung einverstanden und fühle sich keineswegs überanstrengt. — Schlomer dagegen will den Nachtdienst als vollwertig genommen wissen mit der Begründung, daß für die Nachtwachen der Erholungsschlaf am Tage niemals dem Nachtschlaf gleichwertig sei. — In der städtischen Heilanstalt Dresden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegen gar die Verhältnisse so, daß während der 11½ Nachtstunden noch einmal eine Ablösung eintritt: die erste Nachtschicht hat nur die Hälfte der Zeit (gleich $5^3/_4$ Stunden) zu wachen und legt sich alsdann zum Bereitschaftschlafen, das aber voll als Dienst gerechnet wird.

Man sieht, wie das vielfältige Experimentieren, zu dem der Achtstundentag, da wo er eingeführt wurde, gezwungen hat, geradezu zu einer Wirrnis von Unübersichtlichkeit in den dienstlichen Verhältnissen geführt hat. — Der Kernpunkt aber der Frage nach den Wirkungen des achtstündigen Arbeitstages auf die Krankenfürsorge, liegt darin, daß der häufige Wechsel der Pflegenden, den er notwendig macht, dem Grundwesen dieser Fürsorge widerstreitet. Das gilt vor allem, aber keineswegs ausschließlich, für die Schwerkranken. So wenig ein ständiger Arztwechsel die Kranken und die Krankenbehandlung günstig beeinflussen kann, so muß auch der häufige Wechsel der pflegenden Hand die Stetigkeit und Gleichmäßigkeit in der Versorgung des Kranken wesentlich stören. Jeder Wechsel bringt Unruhe und ein neues Sicheinarbeitenmüssen. Aber nur wer ständig um den Kranken ist und die volle Verantwortung für ihn trägt, kann die dem Kranken so wohltuende, auf Erfahrung ruhende Gleichmäßigkeit schaffen. Die Erfahrung mit den vielen kleinen und im Einzelfall in der Anwendung selbsterprobten Handgriffen zu zweckmäßiger Lagerung, beim Umbetten, beim Nahrungs- und Medikamentreichen und bei Entleerungen, wie sie bei hochfiebernden innerlich oder infektiös Kranken, bei Schwerdyspnoischen, Kachektischen, bei Kranken im Puerperium und bei frisch Operierten nötig sind, läßt sich unmöglich beim Wechsel der Schicht an einen anderen abgeben. — Der häufige Wechsel schreckt den Kranken, macht ihn ängstlich, in seinem Vertrauen unsicher, nimmt ihm das so wichtige Gefühl der Geborgenheit. Jeder Krankenhaus- und Anstaltsarzt erlebt es häufig genug, wie schwer die Kranken eine Verlegung auf eine andere Station nehmen, weil sie das Herausgerissenwerden aus vertrauten Verhältnissen und von einer Pflegeperson weg, an die sie gewöhnt waren, als eine sie ängstigende Verschlechterung ihrer Lage empfinden; einer ähnlichen Sachlage fühlen sich die Kranken beim Schichtwechsel immer wieder ausgesetzt. Manchenorts, wo der Achtstundentag besteht, wird von Klagen der Kranken berichtet, daß sie gar nicht zur Ruhe kämen, nicht mehr wüßten, an wen sie sich zu halten hätten, daß ihre Klagen nicht weitergegeben würden und ähnliches. Bei Beschwerden der Kranken über das Personal verzögert sich die Untersuchung, weil — wie das so zu gehen pflegt — gerade immer der Benötigte frei hat oder je nach Diensteinteilung vielfach tagelang den Arzt nicht zu Gesicht bekommt. — Neben der Kontinuität und Verläßlichkeit in der Pflege kann leicht auch die in der Beobachtung der Kranken verloren gehen und die Berichterstattung an den Arzt leiden. Bei den ärztlichen Visiten ist immer wieder anderes Personal anwesend, das vielfach über die körperlichen und seelischen Veränderungen am Krankenbett sich als unorientiert erweist. Namentlich wird geklagt (Falkenberg, Kolb), daß häufig beim Schichtwechsel ärztliche Anordnungen gar nicht oder falsch weitergegeben oder von anderen mißverstanden oder daß wichtige Geschehnisse nicht gemeldet wurden. Eine genaue derartige Berichterstattung über jeden Kranken ist auch bei dem in der Regel rasch vor sich gehenden Schichtwechsel geradezu ein Ding der Unmöglichkeit; auch schriftliche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meldungen müssen, wie jeder in der Praxis Stehende beurteilen kann, unzulänglich bleiben. Und wie soll bei dann erfolgten Versäumnissen der Schuldige zur Verantwortung gezogen werden können? Diese Schwierigkeit für sich auszunutzen, sind jedenfalls gerade die minderwertigen Elemente stark versucht. Den Schaden aber haben die Kranken. — Es wird behauptet, daß gelegentlich auch Wundinfektionen bei chirurgisch Kranken und Verschleppung kontagiöser Stoffe bei Seuchenkranken durch Verstöße und Versäumnisse aus Anlaß des häufigen Personalwechsels verschuldet wurden. — Es braucht der Einwand nicht erhoben zu werden, daß alles dieses auch außerhalb des Achtstundentages vorkommen könne und vorgekommen sei; es genügt, wenn die bisherige Erfahrung ergeben hat, daß die Gefahrenaussichten durch den Achtstundentag vermehrt, also die Krankenfürsorge verschlechtert worden ist; das aber wird man nach den mancherlei Bekundungen erfahrener Krankenhauspraktiker als erwiesen ansehen müssen.

Der häufige Schichtwechsel führt zu Unruhe und vielfachen Störungen auf den Abteilungen. Falkenberg (l. c.) machte die Erfahrung, daß das Verantwortungsgefühl vielfach nachließ, einer sich auf den anderen verläßt; gern werden auch unangenehme Stationsarbeiten oder Dienste am Kranken hinausgeschoben, so daß sie in die nächste Schicht fallen; daß sie dann auch dort nicht freudig aufgenommen und ausgeführt werden, liegt auf der Hand. Deneke (l. c.) macht darauf aufmerksam, daß auf Abteilungen mit Leichtkranken, Genesenden, Haut- und Geschlechtskranken, wenn auch die Notwendigkeit einheitlicher Krankenfürsorge nicht im gleichen Maße vorliege wie bei Schwerkranken, doch auch hier die Verantwortung des Pflegepersonals nicht unterschätzt werden dürfe; denn je leichter die Krankheitsfälle, um so schwieriger die Aufrechterhaltung der Disziplin auf den Krankensälen; niemand könne die Gewähr gegen Verbreitung von Infektionskrankheiten übernehmen, wenn Geschlechtskranke die Anstalt verließen, um sich in Vergnügungslokalen umherzutreiben, und wenn Besucher ohne Rücksicht auf die Verbote in die Abteilung für ansteckende Kranke eindrängen; so auch sei jeder Heilerfolg preisgegeben, wenn, wie geschehen, Lungenkranke anstatt ihre Liegekur durchzuführen, Kneipereien und Tanzvergnügen aufsuchen.

Weniger Wert möchte ich auf die nur vereinzelt berichteten Fälle legen, wo Pflegepersonen sich aus Anlaß des Schichtwechsels gröbster Verstöße schuldig machten. So wird in einer Eingabe des Vorstandes der Vereinigung der Krankenhausärzte [1]) berichtet, daß in einem Kölner Krankenhause ein Krankenwärter eine dringende Hilfeleistung ablehnte, weil seine acht Stunden abgelaufen waren, und erst der Betriebsrat angerufen werden mußte, um den Mann dazu zu veranlassen, einen Schwerkranken noch nach dem Operationssaal zu bringen. — Ähnlich ist erwähnt [2]), daß in einer anderen Krankenanstalt mitten unter der Operation ein Operationswärter den Saal verließ, und seine Ablösung erschien. Man wird solche Einzelvorkommnisse nicht zu sehr verallgemeinern dürfen, aber immerhin zeigen sie, daß das System ethisch minderwertigen Menschen Gelegenheit zu solchem Mißbrauch bietet. Darum erscheint auch die im „Vorläufigen Gesetzentwurf" usw. vorgesehene Bestimmung, Arbeitszeiten

[1]) Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1920/21, Heft 17/18.
[2]) Zeitschrift für Krankenanstalten 1920, S. 264.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Pausen für die einzelnen Schichten und Stationen durch Aushang bekannt zu geben, besonders bedenklich; diese Bestimmung kann doch nur so gemeint sein, daß sie das unmögliche und verderbliche automatische Eintreten der nächsten Schicht erleichtern soll. In den städtischen Krankenanstalten Kölns, aus denen der erwähnte mißbräuchliche Fall berichtet wird, hatte das männliche Personal in der Tat diesen Aushang der Arbeitszeiten durchgesetzt.

Der Gesetzentwurf sieht allerdings für besondere Notfälle Überstunden vor, die in ein besonderes Verzeichnis eingetragen werden sollen. Diese Begrenzung durch besondere „Notfälle" ist aber zu eng; Deneke hat sicherlich recht, wenn er sagt: eine große Anzahl Schwerkranker, fast alle Hochfiebernden, viele Infektionskranke, alle Diphtheriekranken mit Luftröhrenschnitt können tatsächlich nicht nach dem Schichtsystem ausreichend verpflegt werden. — Und wer soll denn verantwortlich dafür sein, daß die etwaigen Überstunden in das Verzeichnis eingetragen werden? Hat jede Pflegeperson ihr Heft bei sich, in dem sie ihre Taten bucht? Und auf wen fallen die angedrohten Geld- und Gefängnisstrafen bei Überschreitung der Dienstzeit — auf die Schwester, die einem Schwerkranken freiwillig diente? oder auf den Arzt, der es im Interesse des Kranken hat geschehen lassen, vielleicht aber auch selbst nicht davon wußte? Dabei ist zu bedenken, daß diese Strafankündigung nicht etwa gegen gewinnsüchtige Ausbeutung gedacht ist, wie sie doch wohl nur selten und lediglich in einem Privatbetriebe denkbar wäre, sondern ganz allgemeine Geltung haben sollte.

Es scheint mir sicher, daß ein halbwegs geordneter Krankenhausbetrieb bei restloser schematischer Anwendung des Dreischichtwechsels nicht durchführbar ist. Mindestens muß die Stationsschwester geteilte Arbeitszeit haben, so daß in allem sonstigen Wechsel wenigstens eine gewisse Einheitlichkeit aufrecht erhalten bleibt, vorausgesetzt, daß die Hauptpflegeperson bei allen ärztlichen Visiten und Untersuchungen zugegen ist und die Verantwortung trägt für den Kranken wie für genaue Ausführung aller Verordnungen. Es ist klar und folgt unmittelbar aus der praktischen Sachlage, daß auf sehr verantwortlichen Stationen, Aufnahme- und Schwerkrankenabteilungen die Stationsschwester nicht an die schematische, ob auch „geteilte" Arbeitszeit gebunden werden kann; sie wird nicht an der genauen Einhaltung einer festgelegten Arbeitszeit kleben können, wird auch in ihren Pausen für unvorhergesehene Vorkommnisse erreichbar bleiben wollen, öfter geholt, um Rat gefragt werden usw. Sie selbst wird das nicht anders wünschen. In der hervorgehobenen Stellung gegenüber den Mitarbeitern und in einem reichlicher bemessenen Jahresurlaub wird sie genügenden Ausgleich für gern gebrachte Mehrleistung finden.

Der Dienst der Oberinnen (bzw. Oberpfleger) widerstrebt vollends jeder schematischen Festlegung auf eine gewisse Arbeitszeit; zu wichtige Funktionen sind in ihre Hände gegeben: Überwachung des gesamten Dienstes auf den Stationen, Diensteinteilung, Anleitung und Kontrolle des Personals zu jeder Zeit, auch der Nachtwachen; kein Schichtwechsel darf ohne sie erfolgen. Sie sind es, die unter allem Wechsel des Personals dem Gesamtbetrieb im besonderen den Rückhalt geben müssen.

Noch einige andere Punkte hinsichtlich der Durchführung des Achtstundentages sind zu erwähnen: Für den Arzt ist es ein Ding der Un-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

möglichkeit, das Personal bei dem vielen Wechsel gründlich kennen zu lernen und seine Leistungen zu beurteilen, fast unmöglich auch, jemals Ausbildungskurse zusammenzubringen. Die kurze Dienstzeit beeinträchtigt auch an sich die Ausbildung, nicht so sehr hinsichtlich der Erlernung mechanischer Handgriffe, sondern insofern, als es schwer halten wird, die jungen Leute, die nicht mehr von dem Nutznieß der älteren Schulung zehren können, einzuführen in den Geist des Berufs, seinen Ernst, seine Verantwortlichkeit.

Während im großen Krankenhause der Betrieb des Operationssaales ja ohnehin mehrfache Besetzung der Einzelposten nötig macht, wird es im kleinen Krankenhause, wo wenig operiert wird, Schwierigkeiten verursachen, die Operationsschwester mit in die Achtstundenleistung einzugliedern. — In Entbindungsanstalten wird der Dienst vielfach nur in einem Warten auf mögliche Inanspruchnahme bestehen. Soll überhaupt im allgemeinen Dienstbereitschaft gleich Arbeit im Sinne der achtstündigen Dienstleistung gehalten werden? Darüber schweigt sich der Gesetzentwurf aus. — Wie will man bei Isolierung einzelner Wärter mit infektiösen Kranken Achtstundentag und Schichtwechsel durchführen, ohne Schädigung der Kranken und Gefährdung der Isolierung? Wie soll man eine Hebamme an achtstündige Arbeitszeit binden können? — Für die Privatpflege sieht der Gesetzentwurf schon die Möglichkeit einer längeren Beschäftigungsdauer vor, Zustimmung der Betreffenden vorausgesetzt. Hier den Achtstundentag durchführen zu wollen, hieße jede häusliche Pflege für die Masse der Minderbegüterten überhaupt unmöglich machen. Ebenso unmöglich wäre es für eine Gemeindeschwester, sich an irgend ein Schema von Arbeitszeit zu halten, weil eben ihre Inanspruchnahme nach Zeit, Ort und Umfang unberechenbar und Ablösung dabei nicht durchführbar ist. — Daß auch schon die bauliche Anlage des Krankenhauses für unsere Frage eine gewisse Rolle spielt, betont Roesebeck[1]), insofern nämlich die Verhältnisse beim Korridorsystem für den Achtstundentag günstiger liegen als beim Pavillonsystem, weil bei ersterem die Stationen unmittelbar beieinanderliegen und gegenseitige Aushilfe eher möglich ist; ebenso findet er kleine Abteilungen günstiger als sehr große.

Besonderer Erwähnung bedürfen noch die Verhältnisse in der Pflege Geisteskranker. Was hinsichtlich der allgemeinen Krankenpflege gesagt war, hat hier doppelte Geltung. Es handelt sich ja hier, zum mindesten auf den Wach- und Pflegeabteilungen, um hilflose Kranke, die in der Regel nicht für sich selber sorgen, nicht über sich Bericht erstatten können; es fällt hier auch die bei körperlich Kranken immer noch mögliche und wohl in manchem Fall recht nützliche Kontrolle des Pflegers und der Ausführung der ärztlichen Anordnungen durch den Kranken selbst weg. Der Arzt kann nicht immer auf der Abteilung sein. Die Geisteskranken sind auf Treu und Vertrauen den pflegenden Personen in die Hand gegeben. — Es kommt hinzu, daß gerade Geisteskranke besonderen Gefahren ausgesetzt sind: Selbstschädigungen und Selbstmordversuche, die oft mit Raffinement und größter Energie ausgeführt werden, lassen sich nur durch gewissenhafteste ununterbrochene Überwachung bei Tag und bei Nacht verhindern;

[1]) Zeitschrift für Krankenanstalten 1920, Heft 33/34.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am besten wird vorgebeugt, wenn die Pflegeperson den Gemütszustand ihrer Schutzbefohlenen fortlaufend so beobachtet, daß jede noch so leichte Veränderung am Kranken ihr auffällt und sofort dem Arzt gemeldet werden kann; je häufiger die Pflegenden wechseln, desto unsicherer wird die Beobachtung sein, desto mehr ist auch die Zuverlässigkeit und rechtzeitige Berichterstattung an den Arzt gefährdet. Andere Geisteskranke neigen zur Entweichung, die dann für sie selbst oder für die Allgemeinheit Gefahr bringen kann; wie für den Selbstmord, so auch für Entweichungen bietet die Zeit der Ablösung durch eine dem Kranken fremde Pflegeperson besonders günstige Gelegenheiten. Erregte Kranke können oft von Gewalttätigkeiten zurückgehalten werden, wenn sie von jemand betreut sind, der durch ständiges Umsiesein mit den Eigenheiten der Kranken vertraut ist und auf sie einzugehen weiß, während ungeschicktes Eingreifen leicht Unheil anrichtet. Manche Kranke enthalten sich völlig der Nahrung, der Pfleger muß dann über das Verhalten des abstinierenden Kranken bei jeder Mahlzeit unterrichtet sein, um dem Arzt das Eingreifen mit der künstlichen Ernährung im richtigen Zeitpunkt zu ermöglichen. Ebenso ist zur rechtzeitigen Entdeckung der gefährlichen Harnverhaltung bei Paralytikern und zur Vorbeugung gegen den bei hinfälligen und kachektischen Geisteskranken so schwer vermeidbaren Dekubitus die Kontinuität einer zuverlässigen und gleichmäßigen Überwachung besonders wichtig, um schweren lebenbedrohenden Schaden von den Kranken abzuwenden.

Es ist einleuchtend, daß in all diesen Hinsichten der Achtstundentag mit seinem häufigen Wechsel und der erhöhten Zahl von Pflegepersonen, denen die Geisteskranken überlassen werden müssen, eine Erschwerung der Aufsicht und eine Gefährdung der Sicherheit des Betriebes und des Behandlungserfolges, also eine Verschlechterung der Krankenfürsorge bedingen muß. Auch Mißhandlungen Geisteskranker durch das Personal und Unehrlichkeiten, z. B. in der Zurückhaltung von Speisen, die den Kranken zukommen, lassen sich schwer nachweisen und bekämpfen, wenn das Personal durch den häufigen Wechsel nicht mehr so fest in der Hand des Arztes ist.

Einer weniger strengen Überwachung, als hier auseinandergesetzt, bedarf es innerhalb der Irrenanstalten höchstens auf den leichteren Stationen für besonnene arbeitende Kranke, die eventuell sogar freien Ausgang haben; hier sind dann aber auch, wie schon früher erwähnt, die Anforderungen an das Personal nicht derartig, daß sie eine Verkürzung des Dienstes bis auf acht Stunden täglich angemessen oder erwägenswert erscheinen lassen könnten. Übrigens nehmen derartige Abteilungen auch nur einen ganz geringen Bruchteil des Personals unserer Anstalten in Anspruch.

Kolb hat ausgerechnet, daß bei der 48-Stundenwoche noch nicht $^1/_7$ des Personals den ganzen Tag anwesend ist. Blachian[1]) gibt an, daß trotz Vermehrung des Personals um 100 Proz. seit Einführung des Achtstundentages in der Heilanstalt Haar doch weniger Pfleger auf den Stationen anwesend waren als früher. Auch sonst haben Anstaltsdirektoren festgestellt, daß trotz verdoppelter Pflegerzahl die Abteilungen schlechter versorgt waren als zuvor. Kolb mußte ohne Rücksicht auf die den Anstalten

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 76, 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stets drohende Gefahr der Tuberkulose- und Ruhrverseuchung die Kranken, selbst im Sommer, enger zusammenlegen, um Personal zu sparen und den Betrieb auch nur einigermaßen übersichtlich zu halten.

Undenkbar ist der Achtstundentag in Anstalten für kindliche und jugendliche Insassen, denn da soll Pflegearbeit zugleich erziehlich wirken; Erziehungsarbeit aber läßt sich nicht tagsüber beliebig aus einer Hand in die andere geben und in das Schema achtstündiger Arbeitszeit einspannen. Sehr mit Recht bemerkt Kolb in solchem Zusammenhange: „Wie sollen wir unseren Fürsorgezöglingen und Psychopathen den Wert und die Bedeutung der Arbeit klar machen, wenn die Dienstzeit des Pflegepersonals diesen Grundsätzen widerspricht?“

4. Psychologische und ethische Gesichtspunkte.

Nicht manuelle Geschicklichkeit allein, so wichtig sie auch für das Wohl und subjektive Behagen des Kranken sein mag, reicht aus für eine sachgemäße Krankenpflege. Hinzukommen müssen die seelischen Beziehungen zwischen dem Kranken und seiner Umgebung. Der Arzt sieht den einzelnen Kranken täglich nur kurze Zeit, während die pflegende Person die Möglichkeit und die wichtige Aufgabe hat, dauernd eine seelische Atmosphäre um den Kranken zu schaffen, die der Gesundung förderlich ist. Daß der Kranke selbst am liebsten gar keinen oder doch einen möglichst seltenen Wechsel seines Pflegers wünscht, ist außer Zweifel. Friedländers Einwurf, den er für den Achtstundentag ins Feld führt: Der häufige Wechsel sei ein Vorteil, weil er das unerwünschte Intimwerden zwischen Pfleger und Kranken verhindere, kann wohl nicht recht ernst genommen werden; Intimität im schlechten Sinne des Wortes wird gewiß niemand wünschen, mag er im übrigen für oder gegen Achtstundendienst sein. Der Kranke selbst aber hat nun einmal berechtigtermaßen das Bedürfnis vertrauensvollen Sichanlehnens und Sichgeborgenfühlens. Und man kann ruhig sagen, daß dieses persönliche Verhältnis Kern und wesentlichster Bestandteil der Krankenpflege überhaupt ist, ja daß dieser seelische Faktor eine ganz große Rolle im Heilungsprozeß zu spielen berufen ist. So hat also der Pflegende, der seine Aufgabe richtig anfaßt, einen sehr wichtigen Anteil an der psychischen Behandlung des Kranken, die mit der Behandlung auch körperlicher Leiden als wesentliches, vielfach bestimmendes Element verbunden sein muß.

Wo läßt der Achtstundentag mit seinem häufigen Personaltausch und Schichtwechsel noch Raum für ein solches persönliches Verhältnis? Wo soll der Pfleger noch die Zeit hernehmen, seinen Anbefohlenen auch menschlich näherzutreten, sich ihnen zu widmen, sich einmal in Ruhe zu ihnen zu setzen, ohne auf die Uhr zu schauen, einzugehen auf ihre persönlichen Wünsche, Sorgen und menschlichen Interessen? Der Pfleger, der seinen Schichtwechsel vor sich hat, kann nicht danach fragen, ob der Kranke ihn noch gern um sich hätte. Nun aber soll gerade der Kranke nie den Eindruck bekommen, daß er in Hast oder mit Begrenzung auf eine bestimmte Zeit versorgt wird; er soll das beruhigende Gefühl wie gegenüber dem Arzt so gegenüber dem Pfleger haben, als wäre er quasi der einzige Patient. Der Pfleger ist um des Kranken willen da. Nie soll der Kranke den Eindruck bekommen müssen, daß das Gegenteil der Fall

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sei —, daß die Interessen des Personals denen der Kranken vorgehen. Der Achtstundendienst, vollends im Großbetrieb, macht den Kranken zur bloßen Nummer, wie es ja im Grunde dem gewerkschaftlichen Standpunkte entsprechen muß, der den Dienst am kranken Menschen der mechanischen, unpersönlichen Arbeit an Schraubstock oder Webmaschine gleichsetzt.

Das persönliche Moment fällt dann dahin und damit wichtigste Gefühlsimponderabilien, mit ihnen aber auch ethische Werte. Krankenpflege muß ein Dienen bleiben, ein persönlicher Dienst am kranken Menschen unter Hintanstellung der eigenen Person. Es darf daher diesem Dienen der Charakter der Freiwilligkeit, des Opfersinns nicht ganz genommen werden, ohne es ethisch zu entwerten. Darum wäre es eine Ungeheuerlichkeit, wenn je der Vorschlag Gesetz würde, es dem Personal zu verbieten, ja es unter Strafe zu stellen, den Achtstundendienst aus eigenem Willen zu überschreiten, d. h. — um mit Deneke zu reden — dem Kranken ein freiwilliges Opfer zu bringen. Jeder Pfleger, der aus innerer Neigung seinem Beruf sich zugewandt hat, müßte sich dagegen wehren im Interesse seiner Berufsehre, daß die humane Auffassung des Berufs gegenüber der bloß geschäftsmäßigen zum Vorrecht der Diakonissen usw. gemacht werden sollte.

Wie der Arzt seine Berufsübung nach deren Eigenart niemals in das Schema des Achtstundentages bringen kann, sondern für seine Kranken jederzeit bereit sein muß, so bedarf auch der Krankenpflegerberuf einer Sonderstellung. Denn beide haben es zu tun nicht mit bloßen Objekten, sondern mit dem Menschen. Deshalb müssen eigene Rechte und Wünsche da zurücktreten, wo die höheren Pflichten gegenüber unseren Kranken beginnen. Beide, Ärzte und Pflegende, müssen sich im Blick auf dieses gemeinsame hohe Ziel als Glieder eines Ganzen fühlen, dem sie ihre Sonderinteressen, wo es not tut, gern und willig unterordnen. Dann wird auch kein Raum mehr sein für jene, die Zusammenarbeit vergiftende Auffassung, die beim einen Teil nur autoritatives Herrschenwollen, im anderen Teil dagegen den unterdrückten Arbeitnehmer sieht.

Ergebnisse.

Ich setze hier zunächst einige Gesamturteile solcher hin, die den Achtstundentag in der Krankenpflege selbst erprobt haben: Blachian betrachtet den Achtstundentag mit Dreischichtwechsel als „ein Unglück für unsere Kranken und ein Unding für das Personal". Der Direktor einer großstädtischen Heil- und Pflegeanstalt: „alle befürchteten Folgen des Achtstundentages sind eingetroffen; die Maschine des Dienstes läuft zwar weiter, aber die Kranken leiden".

Die Jahresversammlung des „Deutschen Vereins für Psychiatrie" in Hamburg 1920 erklärte nach eingehenden Erörterungen einstimmig die Durchführung des Achtstundentages in der Irrenpflege als „ärztlich unzulässig" [1]).

Gottstein[2]): „Schon jetzt zeigt sich, daß der gegenwärtige Gesundheitszustand und die Verschlechterung, die der ununterbrochene Acht-

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 76, Heft 4.
[2]) In der „Volkswohlfahrt" 1921, Nr. 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stundentag in der Krankenversorgung herbeigeführt hat, eine Verlängerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer für die Kranken bewirken."

Vocke über die Anstalt Eglfing[1]): „Die mit der achtstündigen Arbeitszeit für den Krankendienst und den Anstaltsbetrieb verbundenen Nachteile sind auch hier in vollem Umfange zutage getreten und lassen sich durch keine Agitation widerlegen, selbst wenn man die allgemein gesunkene Moral der Jetztzeit und die unvermeidlichen Folgen der aufgehobenen Staatsautorität in Rechnung zieht."

Wattenberg (l. c.): „Es kann kein Zweifel sein, daß die Krankenpflege erheblich erschwert und verschlechtert, und die Sicherheit des Anstaltsbetriebes gefährdet ist."

Im Arbeitsausschuß des Reichs-Arbeitsministeriums haben sich Februar 1920 die anwesenden Sachverständigen, meist Vertreter der einzelstaatlichen Regierungen, fast ohne Ausnahme gegen den Achtstundentag und für die 60-Stundenwoche erklärt; die Referentin im württembergischen Arbeitsministerium, selbst Schwester, erklärte ihn sogar für undurchführbar[2]).

Ich komme aus der vorstehenden Abhandlung selbst zu folgenden Schlüssen:

1. An allgemeiner hygienischer Fürsorge für das Krankenpflegepersonal kann nicht leicht zuviel geschehen. Dazu gehört auch, doch keineswegs ausschließlich, die Herabsetzung der Arbeitszeit. Einheitliche gesetzliche Regelung im Sinne eines Normalarbeitstages ist erwünscht. Dabei den Achtstundentag schematisch als Maximalleistung einzuführen, ist jedenfalls vom hygienischen Standpunkte aus, wo andere, nicht ärztliche Gesichtspunkte (Politik!) auszuscheiden haben, keineswegs notwendig.

2. Die zwangsweise Durchführung des Achtstundentages, die der Allgemeinheit neue, kaum erträgliche Lasten auferlegen müßte, würde den Kranken nicht nur keinen Gewinn, sondern vielmehr Schaden bringen. Die grundsätzliche Eigenart des Dienstes am Kranken und die so mannigfachen praktischen Anforderungen bei der Pflegeleistung stehen einer mechanischen Übertragung der Arbeitsverhältnisse anderer Berufsarten durchaus entgegen. Aber auch innerhalb des Krankenpflegeberufes selbst muß die Verschiedenartigkeit der Verhältnisse in den einzelnen Zweigen des Pflegedienstes und in den verschiedenen Krankenhäusern und Anstalten jeder Schablonisierung spotten.

3. Als schlechterdings unmöglich zwar hat sich die Durchführung des Achtstundentages nach der Erfahrung der letzten Jahre nicht erwiesen. Möglich ist er, aber doch nur unter einem Opfer: nämlich einer wesentlichen Verschlechterung der Krankenfürsorge. Die schlimmen Folgen lassen sich wohl durch gewisse Vorkehrungen mindern: vor allem durch geschickte Dienstregelung und Schichtenverteilung (die im Einzelfalle örtlich differenziert und erprobt werden müssen), durch Zulassung der geteilten Arbeitszeit und verlängerter Dienstbereitschaft für Oberpflegepersonal und Hauptpflegepersonen. Alle Nachteile für die Kranken werden aber sich

[1]) Jahresbericht 1919.
[2]) Zeitschrift für Krankenanstalten 1920, S. 263.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch so nicht abwenden lassen, und bleiben wird auch der ideelle Schaden am Geist des Krankenpflegedienstes.

4. Vom ärztlichen Standpunkt besonders bedenklich ist der Achtstundentag in jeder Form für die Irrenanstalten. Praktisch undurchführbar ist er in der Privat- und Gemeindepflege, die überhaupt einer einheitlichen Regelung große Schwierigkeiten macht.

5. Es wird allen Anforderungen, welche im Interesse der Berufshygiene des Krankenpflegers gestellt werden können, genügen und zugleich den Notwendigkeiten der Krankenpflege wenigstens einigermaßen gerecht werden, wenn man auf die 60-Stundenwoche als Norm zurückkommt (= 6 × 10 Std. ausschließlich Pausen, 1 Tag frei). Dem ärztlichen Leiter müßte aber meines Erachtens die Freiheit zugestanden werden, nach pflichtmäßigem Ermessen für einzelne Pflegerkategorien eine nur achtstündige und dann auch, wo es not tut, andererseits eine mehr als zehnstündige Dienstzeit festzusetzen, wobei das Personal selbst zu hören und die behördliche Kontrolle, namentlich im Hinblick auf Privatinstitute, zu verstärken wäre. Daß ich in diesem pflichtmäßigen ärztlichen Ermessen neben dienstlichen Erwägungen auch alle billige Rücksicht auf die Gesundheitsverhältnisse des Personals eingeschlossen wissen möchte, braucht kaum noch gesagt zu werden. Wo es sich für längere Zeit oder dauernd um Überschreitung der zehnstündigen Dienstzeit handelt, sollte nicht über zwölf Stunden, abzüglich einer Stunde Mittagspause (gleich „66-Stundenwoche") hinausgegangen werden und entsprechender Ausgleich durch verlängerten Jahresurlaub erfolgen.

Jedenfalls: **ein schematisches Festlegen auf die achtstündige Arbeitszeit ist für den Krankenpflegedienst abzulehnen,** wenn anders hier noch die Rücksicht auf das Wohl der **Kranken** oberstes Gesetz bleiben soll.

Chronik der Gesundheitspflege.

Arbeits- und Gewerbehygiene.

Von Obermedizinalrat Dr. Franz Spaet in München.

Arbeit und Gesundheit.

Unter obigem Titel veröffentlicht Dr. R. Bernstein (Mühlhausen i. Th.) in einer Broschüre (Verlag der ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München) den Inhalt seiner acht an der Volkshochschule in Mühlhausen gehaltenen Vorlesungen. Er stellt darin die Arbeit als eine lebensnotwendige Verrichtung (Funktion) des menschlichen Körpers und des menschlichen Geistes dar, die zwar wie jede andere Verrichtung durch unzweckmäßiges Verhalten des einzelnen Arbeiters oder durch äußere Einflüsse oder durch andere Umstände zum Nachteil des Arbeitenden gestört werden kann, die aber durch verständige Maßregeln des einzelnen oder der Gesamtheit zum Vorteil des Arbeitenden zu beeinflussen ist.

In den einzelnen Vorlesungen analysiert demnach der Verfasser die Arbeit nach ihren verschiedenen Beziehungen zur menschlichen Gesundheit; er spricht zunächst über den Begriff der Arbeit — Muskelarbeit, Drüsenarbeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehirnarbeit, Arbeit der Sinnesorgane und deren Wirkung auf die einzelnen Teile des Körpers unter Erörterung über Lust- und Müdigkeitsgefühl. Im weiteren Verlaufe behandelt er im allgemeinen die Gesundheitsschädigungen durch die Arbeit und deren Feststellung mit Hilfe der sozialen Versicherung (Betriebsunfälle und Berufskrankheiten, Entstehung letzterer durch Staub, Gase und Dämpfe, durch das Arbeitsverfahren, wie Belastung, Überanstrengung, Witterung, Arbeitszeit), ferner wird der Einfluß des Geschlechtes (Frauenarbeit), des Alters (Kinderarbeit), der Abstammung und Anlage besprochen und endlich noch der Begriff der Krankheit, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Invalidität, Berufsunfähigkeit, Rente und Ruhegeld erörtert. Die Schlußvorlesung handelt von den Trägern des Arbeitsschutzes, Staat, Gemeinde, Berufsgenossenschaft usw.

Arbeitszeit.

Eine ganz besondere Betonung hat in der Gegenwart die Begrenzung der täglichen Arbeitsdauer erfahren, die ihren Ausdruck in dem Verlangen nach dem „Achtstundentag" fand. Spaet äußert sich in dem jüngst erschienenen Buche: „Der Fürsorgearzt" (München, J. F. Lehmanns Verlag, 1921) dahin, daß, so begrüßenswert vom hygienischen Standpunkte es ist, wenn die Arbeitszeit in einer den gesundheitlichen Anforderungen entsprechenden Weise begrenzt wird, eine generelle Regelung derselben weder von gesundheitlichen noch von wirtschaftlichen Gesichtspunkten als zweckmäßig bezeichnet werden könne, und stellt sich damit auf den Standpunkt, den auch Kölsch in dem von M. Mosse und G. Tugendreich herausgegebenen Werke „Krankheit und soziale Lage" vertreten hat. Auch Bernstein (s. o.) bezeichnet jede Verallgemeinerung in der Festsetzung der Arbeitszeit als grundfalsch und äußerst bedenklich auch vom gesundheitlichen Standpunkte. Es war daher von Anfang an zweifelhaft, ob der achtstündige Arbeitstag sich als solcher in absoluter Starrheit wird erhalten können, und es ist abzuwarten, inwieweit der Gesetzgeber die Interessen des Wirtschaftslebens mit den gesundheitlichen Anforderungen in Einklang zu bringen vermag.

Zunächst ist denn auch im Reichs-Verkehrsministerium ein Referatsentwurf eines Gesetzes über die Arbeitszeit des Personals der Eisenbahnen ausgearbeitet worden, das unter grundsätzlicher Wahrung des Achtstundentages einer wirtschaftlichen und gerechten Verwendung des Personals die Wege ebnen soll. In dem Entwurf wird ein Unterschied zwischen der Arbeitszeit als der Zeit der wirklichen Arbeitsleistung und der sogenannten Dienstbereitschaft gemacht, d. h. der Zeit, während der das Personal ohne Arbeitsleistung an der Dienststelle anwesend zu sein hat, um nach Bedarf Arbeit zu leisten. In besonderen Ausführungsvorschriften wird geregelt, ob und in welchem Umfang Dienstbereitschaft auf die Arbeitszeit angerechnet werden kann. Als nicht zur Arbeitszeit gehörig scheiden aus der Arbeitszeit auch Pausen aus, während welcher das Personal seine Arbeitsstätte verlassen darf, sowie Dienstfahrten, die zur Übernahme oder nach Beendigung der Dienstgeschäfte auf der Eisenbahn zurückgelegt werden müssen.

Die Dienstpflicht, d. h. der Zeitraum, der sich aus der Arbeitszeit, der Dienstbereitschaft, den Pausen und den Dienstfahrten zusammensetzt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darf nach dem Entwurf höchstens 15 Stunden betragen. Zwischen den Dienstschichten muß das Personal die nötige Ruhe haben. Der Entwurf schreibt als Mindestruhezeit 8 Stunden, beim Zugpersonal 10 Stunden vor, sofern es die Ruhezeit zu Hause verbringt. Das Recht zu gewissen Ausnahmebestimmungen ist dem Reichsverkehrsminister in dem Entwurf eingeräumt.

Auch bezüglich Regelung der Schichtarbeitszeit im Steinkohlenbergbau unter Tage ist dem Reichsrat vom Reichsarbeitsministerium ein Gesetzentwurf zugegangen.

Der Entwurf sieht zunächst eine einheitliche Berechnung der Schichtzeit vor, die künftig für jeden einzelnen Arbeiter vom Betreten des Förderkorbes bei der Einfahrt bis zum Verlassen des Förderkorbes bei der Ausfahrt berechnet werden soll. Als regelmäßige Arbeitszeit gilt diejenige Schichtzeit, die sich aus den am 1. Oktober 1921 geltenden Tarifverträgen ergibt. Für Ausnahmefälle, in denen am 1. Oktober 1921 keine Tarifverträge abgeschlossen wurden, wird eine Schichtzeit von 7 Stunden vorgesehen, die bei besonders ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen vom Reichsarbeitsminister auf Antrag um höchstens eine halbe Stunde verlängert werden kann. Durch einen allgemein verbindlichen Tarifvertrag soll die Arbeitszeit anders geregelt werden können. Für Betriebspunkte mit einer Wärme von 28 bis 32° C, wie über 32 bis 36° und von mehr als 36° C sollen in den Tarifverträgen abgestufte Verkürzungen der Arbeitszeit vereinbart werden. Nötigenfalls soll die Bergbehörde die Verkürzungen anordnen. Abgesehen von diesen Gesetzesbestimmungen sollen die allgemeinen Vorschriften über Arbeitszeit in den gewerblichen Betrieben Anwendung finden.

Berufsschädigungen.

Dr. Ernst Brezina (Wien) veröffentlicht: Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten nach den Berichten der Gewerbeinspektionen der Kulturländer über das Jahr 1913 (Berlin, J. Springer, 1921). Es sind darin die wichtigsten Mitteilungen aus den Berichten des Deutschen Reiches und seiner Länder, Österreichs, der Schweiz, Englands und der Niederlande enthalten. Berichtet sind Krankheiten durch Metalle, chemische Gifte, durch Milzbrand und andere Infektionen, durch Staub, Druckluft, Überanstrengung, Elektrizität, extreme Temperaturen, ferner Erkrankungen einzelner Organsysteme und die Gesundheitszustände in einzelnen Industrien mit kritischen Bemerkungen (Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1921, Nr. 46).

Bleivergiftungen.

In Halle a. d. S. wurde im Vorjahre ein Kursus der Fabrikärzte der deutschen Bleifabriken über Prophylaxe der Bleivergiftungen abgehalten. Nach dem Bericht des Dr. L. Grobe (Kratzmühle, Thüringen) (Zentralblatt für Gewerbehygiene, März 1921) gab den Anlaß hierzu der bevorstehende Kampf um das Fortbestehen der deutschen Bleifarbenindustrie gegenüber den internationalen Bestrebungen hinsichtlich der Ausschaltung der Bleifarben aus dem öffentlichen Leben. Dort wurden in gegenseitigem Austausch der gemachten Erfahrungen verschiedene Fragen behandelt, so

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

u. a. die Frage der gesunden Bleiträger. Völliger Ausschluß von der Arbeit sei nur bei einem gewissen Grade der Körnung der Erythrozyten (erst bei 100 gekörnten auf 1 Million Blutkörperchen sei diese Körnung überhaupt verwertbar) nötig, immerhin sei aber in solchen Fällen verschärfte Beobachtung der betreffenden Arbeiter angezeigt. Plötzliche starke Änderung des Blutbildes und des Urinbefundes seien dagegen von alarmierender Bedeutung und rechtfertigen eventuell den Arbeitsausschluß oder wenigstens die Beschäftigung an ungefährlichen Stellen. Potatoren, Schwächliche, Anämische, Neurastheniker, Luetiker und Mundatmer sollen in Bleibetrieben überhaupt nicht eingestellt werden, insbesondere nicht bei Bleistaubgefahr.

Nachstehende Probleme wurden als für die Wissenschaft und Fabrikhygiene als besonders aktuell und wichtig bezeichnet, zu deren erschöpfender Aufklärung eventuell durch Aufstellung von Preisen angeregt werden soll:

1. Vorhersage drohender akuter Erkrankung bei gesunden Bleiträgern aus dem Verhalten des Blutes und des Urins usw. 2. Studium der vier Kardinalsymptome (s. u.) bei neu eintretenden, bis dahin noch nicht mit Blei beschäftigten Arbeitern und Studium der Ausscheidung von Blei im Kot (Galle!) und Urin; Abhängigkeit der Bleiausscheidung bei gesunden Bleiträgern und bei Bleikranken im Kot und Urin von der Anwendung gallentreibender Mittel und Jodkali, ferner von Muskelarbeit (landwirtschaftliche Beschäftigung während der Arbeitspausen), die den Lymph- und Blutstrom beschleunigt. 3. Ist die Resorption von Blei während gefährlicher Arbeit durch Darreichung von größeren Mengen einhüllender Nahrungsmittel (Haferschleim, Milch, Bolus alba, Tierblutkohle usw.) und von Fetten (insbesondere Speck und Öl) zu verhindern oder zu verringern. Sind Mundatmer (bei chronischem Schnupfen, Nasenpolypen) unter den Erkrankten bei Bleigefahr besonders beteiligt, sind die in die tieferen Atemwege inhalierten Bleimengen von ebenso großer Bedeutung wie die im Munde und Rachen niedergeschlagenen und verschluckten?

Dr. J. Schönfeld (Leipzig) (Zentralblatt für Gewerbehygiene 1921, Heft 1) hält die Blutuntersuchung als ein ganz unentbehrliches, an erster Stelle stehendes Hilfsmittel zur frühzeitigen Erkennung der Bleivergiftung, da er auf Grund von mehr als 1000 Blutuntersuchungen im Blute die untrüglichen Zeichen etwaiger Bleivergiftung zu finden glaubt. Er hält auch diese Blutuntersuchungen für die Ursache des auffallenden Rückganges der Bleivergiftungen bei den Mitgliedern der Ortskrankenkasse Leipzig (1913 waren 211 Männer und 45 Frauen mit zusammen 9126 Krankengeldtagen, 1919 nur 19 Männer und 1 Frau mit zusammen 466 Krankengeldtagen an Bleikrankheit gemeldet, in Leipzig selbst kam überhaupt kein Fall von Bleierkrankung zur Meldung).

In dem im Bayerischen Staatsministerium für Soziale Fürsorge neu errichteten Laboratorium für gewerbliche Medizin und Hygiene des Landesgewerbearztes werden für die praktischen Ärzte Blutuntersuchungen bei Verdacht an Bleierkrankungen unentgeltlich vorgenommen. Die für den Blutausstrich nötigen Objektträger können von den Ärzten kostenlos von dem genannten Laboratorium bezogen werden. Über die Art der Blutentnahme und den Ausstrich des Blutes gibt Dr. G. Seiffert kurze Anleitung in seinem Artikel: „Blutuntersuchungen bei Verdacht auf Bleierkrankungen“ in Münchener med. Wochenschrift 1921, Nr. 49. Es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird dort die Einsendung eines Objektträgers mit einem dicken Bluttropfen und mit dünnem Blutausstrich empfohlen und zur Untersuchung des Harns auf Hämatoporphyrin wird die Einsendung von 500 ccm Harn (einschließlich des Morgenharns) in sauberen verschlossenen Flaschen mit näherer Angabe des Krankheitsbildes empfohlen. Nähere Angaben über die Blutentnahme zur Untersuchung des Blutes auf vermutliche Erythrozyten und des Harns auf Hämatoporphyrin sowie über Vorkommen der gewerblichen Bleivergiftungen und deren verschiedenen Krankheitszeichen enthält bekanntlich auch das Bleimerkblatt für Ärzte, unter Mitwirkung von Dr. F. Curschmann-Wolfen und anderer Sachverständiger im Reichsgesundheitsamt bearbeitet (Ausgabe 1919).

Bezüglich der Häufigkeit der Bleivergiftungen teilt G. Seiffert mit, daß in Bayern im Jahre 1919 25, 1920 61 Erkrankungen zur Kenntnis der Behörden gelangten. Die größere Zahl der Fälle werde wohl hauptsächlich auf die Häufung der Meldung infolge der eingeführten Meldepflicht bei Bleierkrankungen zurückzuführen sein.

Nach den eingegangenen Meldungen handelte es sich bei den Bleivergiftungen hauptsächlich um Arbeiter, die mit metallischem Blei beschäftigt waren, also fast durchweg um Arbeiter in größeren Betrieben. Dem Malergewerbe gehörten neun Fälle an, einige weitere Fälle dem Buchdruckergewerbe. Schwere Vergiftungserscheinungen, wie Bleilähmungen, Encephalopathien, Nierenerkrankungen usw. sind nicht vorgekommen. Als vorteilhaft erwies sich zweifellos die vom Gesetz geforderte Aufstellung von Untersuchungsärzten in Bleibetrieben. Solche Ärzte sind jedoch im Maler- und Buchdruckergewerbe nicht aufgestellt. Die dort beschäftigten Arbeiter entbehren daher des Schutzes, den eine regelmäßige ärztliche Untersuchung in den anderen Betrieben bietet. Für diese Arbeiter wäre daher zur Sicherung der Diagnose die Schaffung der Möglichkeit einer Untersuchung an der Zentralstelle angezeigt. Bei den Untersuchungsergebnissen wäre zu berücksichtigen, daß die bekannten Zeichen der Bleiträger, wie fahle Hautfarbe, blaßgraue Verfärbung der Schleimhaut, blaugrüner Saum des Zahnfleisches, noch keineswegs auch schon als Zeichen einer wirklichen Bleierkrankung zu betrachten seien, allerdings sei die Gefahr einer solchen Erkrankung immer vorhanden. Als Zeichen der beginnenden wirklichen Krankheit gelten Kopfschmerzen, Mattigkeit, Verstopfung, Herabsetzung des Hämoglobingehaltes; zu berücksichtigen sei noch, daß die schweren Krankheitszeichen, wie Lähmung, Sensibilitätsstörung, auch ohne die genannten Anfangssymptome sich einstellen können (s. auch Med. Klinik 1921, Nr. 22).

„Über die Resorption von Blei und Quecksilber durch die unverletzte Haut des Warmblüters“ stellte Dr. Süssmann im hygienischen Institut zu Würzburg eingehende Versuche an. Er kam dabei zu dem Schluß, daß bei mit Bleisalben angestellten Einreibungen an Katzen und Menschen die im täglichen Durchschnitt durch 1 qdcm Haut eintretende Bleimenge 0,1 bis 0,2 mg beträgt, so daß es im menschlichen Leben auch in Gewerbebetrieben keine Verhältnisse geben werde, welche zu einer bedenklichen Bleiresorption durch die Haut führen könnten, die praktische Möglichkeit einer Bleivergiftung des Menschen durch die Haut somit abzulehnen sei (Archiv für Hygiene 1921, Bd. 90, Heft 5).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

F. Kölsch (München) veröffentlichte eine Arbeit über „Die Bleivergiftung im Maler- usw. Gewerbe unter dem Gesichtswinkel des Arztes und Gesetzgebers“ (Hamburg 1920).

In einem Artikel: „Einige Bemerkungen zur Frühdiagnose der Bleivergiftungen“ (Zentralblatt für Gewerbehygiene 1921, Nr. 6) weist Dr. Böttrich (Hagen) u. a. darauf hin, daß die körnige Degeneration der Erythrozyten sich nicht ausschließlich bei Bleiwirkung, sondern unter verschiedenen Bedingungen sich finde als Ausdruck von Giftwirkung, welche teils anorganischer Natur sein könne, z. B. bei Bleivergiftung, oder auch organischer, wie bei septischer Intoxikation, bei Karzinom, Krebskachexie und anderen deletären Erkrankungen. Das Phänomen der körnigen Degeneration besitze somit ebensowenig wie die anderen Erscheinungen im Blute spezifische Bedeutung, sei aber immerhin als sehr schätzenswertes Symptom zu beachten neben den sonstigen Kardinalsymptomen der Bleivergiftung: Bleikolorit, Basophilie und Hämatoporphyrie.

Methylalkohol.

Im Zentralblatt für Gewerbehygiene 1921, Heft 9 berichtet F. Kölsch über „Gewerblich-medizinische Beurteilung des Methylalkohols“. Dieser wurde gewonnen durch fraktionierte Destillation des Holzgeistes. Holzgeist enthalte u. a. ölige und brenzliche Substanzen, Aceton u. dgl., und sei noch durch Aldehyd usw. verunreinigt. Die Aufnahme des Methylalkohols könne durch die Haut oder als Dampf durch die Atmung erfolgen. Die Wirkung könne sein: Benommenheit, Kopfschmerz, Übelkeit, Schleimhautreizung, auch Fälle von Erblindung kommen vor. Ausgeschieden werde der Methylalkohol durch die Atmung, zum Teil oxydiere er im Körper (Ameisensäure). Im Anschluß an diese Arbeit bespricht Kölsch noch die Gesundheitsschädigungen beim Arbeiten mit denaturiertem Spiritus und das Poliererekzem. Allgemeinerkrankungen seien hierbei wegen der geringen Mengen, die zur Wirkung kommen, sehr selten, Hautreizungen dagegen häufig. In den Betrieben sei gute Ventilation nötig, Heimarbeit wäre zu verbieten. Ursache der Schädigungen sei der Spiritus und verschiedene Denaturierungsmittel.

Bronchialasthma der Fellfärber und Pelzfärber. Ursolasthma.

„Experimentelle Untersuchungen über Calciumbehandlung des Ursolasthmas“ hat Otto Mehl (Rostock) ausgeführt (Bericht hierüber im Zentralblatt für Gewerbehygiene 1921, Heft 5 und 6). Er führt darin aus, daß nach dem Urteil verschiedener Autoren, wie H. Curschmann u. a., das Bronchialasthma der Fellfärber durch para-Phenylendiamin hervorgerufen werde, und zwar sei es ein typisch eosinophiles Bronchialasthma anaphylaktischer Natur.

Das wirksame Agens sei Chinondiimin, in welches das para-Phenylendiamin bei Oxydation mit H_2O_2 übergeht. Dieser Oxydationsstoff könne die Vergiftung hervorrufen, deren hauptsächlichste Symptome nach Tier-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

versuchen Entzündungen der Schleimhaut sowie Schwellung der Schleimhaut der Respirationsorgane, ferner Krämpfe, Ekzeme, Salivation, Ödeme, Durchfälle und Erbrechen sind. Die Vergiftungserscheinungen werden erzeugt bei Aufnahme durch die Haut, durch den Mund und die Atmungsorgane, bei subkutaner oder intravenöser Injektion werden keine Vergiftungserscheinungen hervorgerufen außer Abszesse.

Für die anaphylaktische Natur spreche der Umstand, daß bei den Tierversuchen erst bei wiederholter Einverleibung von Chinondiimin Vergiftungssymptome verursacht werden, und zwar die für Anaphylaxie charakteristischen, nämlich Temperaturabsturz, krampfhafte abdominale Atmung, allgemeine Krämpfe, Lähmungserscheinungen und häufig Eosinophilie. Gewöhnung an den Farbstoff trete nicht ein, die Arbeiter erkranken immer erst, nachdem sie längere Zeit, 1 bis 10 Jahre, mit dem Farbstoff gearbeitet haben. Da die Wirkung des para-Phenylendiamins auf die Lungen nach den gemachten Beobachtungen hauptsächlich besteht in einer Erregung des Nervensystems, infolge Vaguserregung, Kontraktion der Bronchien und Bronchiolen (alveoläre Blähung) und damit verbundene Dyspnoe, leukozytäre Infiltration des Lungengewebes begünstigt durch Lockerung der Gefäßendothelien und dadurch Exsudatbildung in den Respirationswegen verursachend, machte Mehl zu therapeutischen und prophylaktischen Zwecken Versuche mit Calcium, das erregungsvermindernd auf das gesamte Nervensystem wirkt, die Blutgewinnung fördert und die Permeabilität der Gefäßwandungen verringert.

Krankheit und Tod durch Ferrosilicium.

Ferrosilicium hat ungefähr 40 Proz. Siliciumgehalt, es wird bekanntlich hergestellt durch Zusammenschmelzen von Eisenspänen, Kieselsäure und Kohle zumeist in elektrischen Öfen. Die hierbei nötige Kohle und die Eisenpräparate sind zumeist stark mit Arsen und Phosphor verunreinigt. Die Koksasche ist phosphor- und kalkhaltig, darum bildet sich Calciumphosphat, aus dem bei Berührung mit Wasser oder feuchter Luft Phosphorwasserstoff entsteht, ferner können sich Arsenwasserstoff und Acetylen entwickeln. Die Folgen sind entweder Explosionen oder Vergiftungen. Dr. Thiele (Dresden) beschreibt derartige Vergiftungen in einem Hause, in dessen Keller durchfeuchtetes Ferrosilicium gelagert wurde. Es erkrankten dort mehrere Personen, darunter zwei tödlich, auch in einem Käfig befindliche Vögel gingen zugrunde. Die Erkrankungen waren mit Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, Leibschmerzen, Krämpfen, baldiger Benommenheit und Somnolenz verbunden, also den hauptsächlichsten Symptomen einer Phosphorvergiftung. Es sind mit Rücksicht auf die Vergiftungsgefahr vom preußischen Handelsministerium daher auch besondere Vorschriften bezüglich des Transportes und der Lagerung von Ferrosilicium erlassen worden (Schutz vor Durchnässung, nicht dichtschließende, der Luft reichlich Durchtritt gewährende Umhüllung, Lagerung nicht unter geschlossenen Aufenthaltsräumen von Menschen, gut lüftbare Lagerräume, die gegen Aufenthaltsräume von Menschen gut abgeschlossen sind). Über diese Fragen unterrichtet näher ein vom Verlage C. Heymann herausgegebenes Merkblatt (s. Zentralblatt für Gewerbehygiene 1921, Nr. 5).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über

„Porzellan- und Steingutindustrie vom Standpunkte des Arbeiter- und Nachbarschutzes und die Bekämpfung davon ausgehender Gefahren"

schreibt Dipl.-Ing. Thieme (Dresden) im Zentralblatt für Gewerbehygiene, Mai 1921. Danach leiden die Arbeiter teils unter der Bleigefahr, teils unter dem Einfluß der Staubentwicklung. Was letzteren anlangt, so handelt es sich dabei meist um eine besonders gefährliche, offensive Staubart, die zahlreiche Spitzen, zackige Fortsätze und Kanten habe und infolgedessen verletzend auf die Schleimhaut der Atemorgane einwirke. Nach Berichten aus Selb (Bayern) belief sich die Zahl der Todesfälle zufolge Krankheiten der Lunge in der Zeit von 1898 bis 1907 auf 73,4 Proz. und für Todesfälle infolge Tuberkulose der Lunge auf 67,2 Proz. Indes habe der Gesundheitszustand der Porzellanarbeiter in letzter Zeit sich merklich gehoben als Folge der bisherigen bewährten hygienischen Anordnungen der Amtsärzte und Gewerbeaufsichtsbeamten, der sozialen Gesetzgebung, durch die Weiterentwicklung der Maschinentechnik, sowie durch zweckmäßige Einrichtung der Fabriken und gute Staubabsaugung.

Die Bleigefahr sei nur bei Herstellung der Glasur in der Steingutindustrie gegeben. Der Bleigehalt dieser Glasur betrage 20 bis 40 Proz. Die Hauptgefahr bestehe hier beim Zerkleinern und Pulverisieren der Bleiglätte, der Mennige und des Bleiweißes. Die meisten Fabriken beziehen daher ihr Rohmaterial an Bleiverbindungen in bereits zerkleinertem Zustande. Das gefährliche „Äschern", d. h. das Einschmelzen von 80 Proz. Blei mit 20 Proz. Zinn im Muffelofen unter beständigem Umrühren findet jetzt auch meist nicht mehr statt. Bleihaltige Farben kommen für Steingutindustrie nicht in Frage, dagegen für die Überglasur der Porzellanindustrie. Die Überglasurfarben sind mit „Flüssen" versetzt, die aus Kieselsäure, Borsäure, Bleioxyd und Alkalien bestehen und viel Blei (etwa 60 bis 80 Proz. Mennige) enthalten. Hierbei gefährden sich vielfach Arbeiter durch die üble Angewohnheit des Anreibens der Farbe mit den Fingern und des Haltens des Pinsels mit dem Munde. Auch bei diesem Betriebszweige ist die Gefahr der Bleivergiftung wesentlich durch verschiedene Vorsichtsmaßnahmen verringert worden, so vor allem durch Erzeugung der bleihaltigen Farben in eigenen, hierfür gut eingerichteten Industrien, ferner durch genaue Einhaltung der Bleiverordnung vom 27. Juni 1901. Insbesondere ist auch hier wieder der Verhütung der Staubentwicklung besonderes Augenmerk zuzuwenden. Verbleiern und Vermischen der Farben hat unter Abzugshauben mit kräftigem Saugabzug zu geschehen, zumal wegen Unbequemlichkeit Respiratoren von den Arbeitern nur ganz ungern benutzt werden, die Hände sind durch Lederhandschuhe zu schützen. In großen Betrieben sind die Arbeitsstätten jetzt schon zumeist mit den nötigen hygienischen Einrichtungen versehen, so ist für ausreichende Wasch- und Badegelegenheit mit kaltem und warmem Wasser gesorgt, auch stehen numerierte Spülbecher zur Verfügung und werden in jeder Hinsicht die Vorsichtsmaßnahmen zur Verhütung von Bleierkrankungen strenge beachtet. Milch wird von den Firmen in genügender Menge verabreicht, die Mahlzeiten werden in besonderen Speiseräumen eingenommen. Von ganz besonderem Werte für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Einschränkung der Bleigefahr für die Arbeiter ist schließlich, daß diese die nötige Einsicht und Erkenntnis für diese Gefahr gewinnen und ihr ganzes Verhalten danach einrichten.

Hinsichtlich der von der Steingut- und Porzellanindustrie für die Nachbarschaft sich ergebenden Belästigungen und gesundheitlichen Störungen kommt die Entwicklung von Rauch und Ruß namentlich beim Anheizen der Öfen in Betracht; am vorteilhaftesten hat sich zur Verhütung dieser Übelstände Generatorgasfeuerung zur Beheizung der Brennöfen erwiesen.

Gesundheitliche Gefahren des autogenen Schweißens.

Dr. J. Adler-Hermak (Wien) fand bei mit dem autogenen Schweißen beschäftigten Frauen blasses Aussehen, Klagen über Appetitlosigkeit, nachts öfters Frösteln und dann Gefühl von Hitze, hie und da Erbrechen und erst gegen Morgen zu wieder Eintritt von besserem Befinden, alles Erscheinungen, die an das Gießfieber erinnern. Bei der fraglichen Beschäftigung wurden aus Eisenblech gestanzte kleine Schüsseln mit Messinglot geschweißt, wobei typischer Zinknebel aufstieg. — In einem Betriebe, wo größeres Geschirr aus verzinktem Eisenblech mit Acetylen- bzw. Dissougas geschweißt wurde, klagten die Arbeiterinnen über starken Hustenreiz und Frost, welch letzterer gegen Abend zu auftrat. Andere Arbeiter klagten über heftiges Brennen in den Augen, Gefühl von Schwere auf der Brust; da, wo mit Messing geschweißt wurde, klagten Arbeiter über Fieber und Atembeschwerden. Bei Eisen- und Bronzeguß wurden keine krankhaften Störungen beobachtet, auch in Betrieben, wo für gute Ventilation gesorgt war, traten keine derartigen Beschwerden der Arbeiter auf. Was die Natur dieser dem Gießfieber analogen Krankheitserscheinungen anbelangt, so handelt es sich um die Ätzwirkung des Zinkoxyds, also um ein Resorptionsfieber infolge besonderer Verdampfungsmöglichkeit des Zinks. Nach Roth (Zeitschrift für Gewerbehygiene 1920, Heft 4) ist die Anwesenheit von Zink im Blute als harmlos zu betrachten, die Zinkdämpfe aber gelten als Ursache des Gießfiebers (s. Zentralblatt für Gewerbehygiene 1921, Heft 5).

Berufsberatung.

Die Fähigkeit, den von den verschiedenen Arbeitsarten geforderten Leistungen in genügendem Maße gerecht zu werden und den damit allenfalls verbundenen gesundheitlichen Gefahren ausreichenden Widerstand entgegenzusetzen, hängt naturgemäß in erster Linie von der körperlichen und geistigen Eignung für die in Frage kommende Berufsart ab, d. i. von der zweckentsprechenden Berufswahl. Diese Tatsache sowie der Umstand, daß die Einzelpersonen gewöhnlich nicht die für eine sachgemäße Wahl eines für sie geeigneten Berufs erforderlichen Erfahrungen besitzen, haben die Erkenntnis der Notwendigkeit einer fachkundigen Berufsberatung gereift. an deren ersprießlichen Ausbau alle hierzu berufenen Kreise sich in letzter Zeit sehr rege beteiligten. Ein Hauptteil dieser sozialen Arbeit fällt nach Lage der Dinge vor allem auch der Ärzteschaft zu. Die medizinische Literatur hat deshalb diesen Gegenstand wiederholt und eingehend in den Bereich ihrer Erörterungen einbezogen. So hat, um nur ganz weniges davon zu berühren, Dr. Thiele in dieser Zeitschrift 1919, Heft 2 die „Tätigkeit des Schularztes bei der Berufswahl“ besprochen, Spaet behandelte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diese Frage im „Fürsorgearzt“ (Verlag von J. F. Lehmann, München 1921) im Abschnitt über die fürsorglichen Maßnahmen für die Schuljugend, namentlich auch soweit die Berufsberatung für jugendliche Psychopathen in Frage kommt. Dr. Th. Fürst, städtischer Schularzt in München, erörterte in einem Vortrage, gehalten am 15. Juni 1921 im Bayerischen Frauenfortbildungsverein, Ortsgruppe München, „Die Frage der Berufsberatung und Berufseignung vom hygienischen Standtpunkte“ (Verlag von R. Oldenbourg 1921). Er weist dabei ganz besonders auf die große Bedeutung der Mitarbeit der Lehrerschaft bei der Berufsberatung hin, sowie einer dienstfreundlichen Zusammenarbeit zwischen Schule und Arzt. Als Beispiel einer richtigen Lösung der der Berufsberatung zufallenden Aufgaben führt er den in München beschrittenen Weg an, wo man unter Heranziehung von Vertretern der Fachgruppen und des Arbeitsamts in Gemeinschaft mit Ärzten die für Berufskunde und Berufsberatung einschlägigen Fragen in Gestalt von eigenen Berufsberatungssitzungen festzulegen sucht. Nur auf diese Weise könne sowohl der Lehrer wie auch der Arzt sich berufskundliche Kenntnisse, die nicht aus Büchern zu erlernen seien, verschaffen. Derartige Besprechungen mit Fachvertretern haben auch den weiteren Vorteil, daß umgekehrt die Vertreter der Fachkreise selbst die Wichtigkeit derartiger Fragen gebührend einschätzen lernen. Von ihnen aus könne dann die Kenntnis und Bedeutung dieser Frage auch in die weiteren Arbeiterkreise getragen und damit deren Interesse für die Sache geweckt werden. — Bezüglich der Tätigkeit des Schularztes will Fürst, daß scharf geschieden werde zwischen der ärztlichen Berufsberatung und der Kontrolle der Berufseignung nach Eintritt in den Beruf, welch letztere Tätigkeit zu einer der wichtigsten Funktionen der Fortbildungschulärzte sich werde ausgestalten müssen. Diese werden daher in besonderem Maße Fühlung mit der Gewerbehygiene zu nehmen haben. — Ein besonderes Augenmerk wird in Zukunft nach Fürst auch den Berichten der Schulärzte zuzuwenden sein, da selbe nach ihrer jetzigen Beschaffenheit, namentlich hinsichtlich des statistischen Materials, das an verschiedenen Orten nach verschiedenen Gesichtspunkten abgefaßt ist; zumeist miteinander nicht vergleichbar sind. Am Schluß seiner Vortragsbroschüre gibt Fürst noch eine Tabelle über den „Dienstweg“, der sich bei der Überweisung von Schülern ergibt, die einer besonderen Überwachung, fürsorgerischer Maßnahmen und nötigenfalls eines Berufswechsels bedürfen, woraus man ersehe, daß mannigfache Verbindungsfäden vom Schularzt hinüberführen zum Jugendamt bzw. zur Arbeitsvermittlung, vor allem aber zur Lehrerschaft.

In Fürth i. B., wo bei der Tuberkulosefürsorgestelle ein Tuberkulosefacharzt im Hauptamte angestellt ist, welchem alljährlich die genaue Untersuchung der Schulabgänge sowie aller von dem Schularzte ihm zugewiesenen Schüler auf Tuberkulose obliegt, besorgt dieser Facharzt die ärztliche Berufsberatung.

In München hat die innerhalb des pädagogisch-psychologischen Institutes gebildete Arbeitsgruppe für Berufswahl und Berufsberatung für die meisten Berufe Merkblätter zusammengestellt, an deren Bearbeitung Ministerialrat Dr. Kölsch, einer der besten Kenner der hierbei in Betracht kommenden gesundheitlichen Fragen, mitgewirkt hat. Dieser hat auch eine Anleitung zur Beurteilung der beruflichen Eignung herausgegeben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besprechungen.

Société des Nations, Section d'Hygiène. Renseignements épidémiologiques. Europe orientale en 1921. Nr. 1. Genf, 14. Januar 1922.

Die Hygienesektion des Völkerbundes versucht in dieser Druckschrift einen Überblick über die Verbreitung wichtiger Volksseuchen in Osteuropa während der letzten Zeit zu geben. Daß die Unterlagen bei den Zuständen der Ostländer sehr unvollständig sein müssen, ist klar. Die mitgeteilten Zahlen sind daher als Mindestwerte anzusehen. Sie zeigen aber deutlich die vom Osten namentlich Deutschland drohende Seuchengefahr. So hatte beispielsweise das Europäische Rußland allein vom Januar bis einschl. Mai 1921 446 118 Fälle von Fleckfieber und 613 559 Fälle von Rückfallfieber zu verzeichnen, Polen vom September 1920 bis einschl. Oktober 1921 Fleckfieberfälle 54 398, Rückfallfieber 11 915. Choleraerkrankungen zählte das Europäische Rußland 1921 bis Ende Oktober 136 886. — In Rußland ist 1920 eine Volkszählung erfolgt, die erste wieder seit 1897. Die Ergebnisse liegen noch nicht vollständig vor. Doch läßt sich die Bevölkerungsabnahme, die fast alle größeren Städte betroffen hat, bereits ersehen. So hat die Bewohnerzahl von Petersburg sich von 1913 zu 1920 von 2,3 Mill. auf 0,7 Mill. verringert, die von Moskau von 1,8 auf 1 Mill., die von Kasan von 235 000 auf 188 000 usw.

Abel.

Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. 8. Bd., Heft 1. 128 S. Berlin. Rich. Schoetz, 1921. Brosch. 24 M.

Das vorliegende Heft enthält drei beachtenswerte Arbeiten über Fleckfieber.

Peiper (Greifswald) hat nach amtlichem Material das Auftreten des Fleckfiebers in Preußen während der Jahre 1918 bis 1920 bearbeitet. Während bis Ende 1918 die Erkrankungsziffer gering war, erfolgte 1919 eine erhebliche Steigerung, die einmal eine Folge der Demobilisierung, dann aber auch auf die Rückkehr der Baltikumtruppen aus dem fleckfieberverseuchten Baltikum zurückzuführen war. Insgesamt waren es in dem dreijährigen Zeitraum 4665 Erkrankungsfälle mit 409 Todesfällen. Zu größeren Epidemien oder gar zur Bildung eines endemischen Fleckfieberherdes ist es nicht gekommen. Ein Eingreifen von der Zentralstelle aus hat sich als entbehrlich herausgestellt.

Willführ (Liegnitz) bespricht das Fleckfieber im Regierungsbezirk Potsdam während der Jahre 1918 und 1919. Von im ganzen 186 Erkrankungsfällen (mit 36 Todesfällen) entfielen nur 44 auf Deutsche, alle übrigen auf deutsche Rückwanderer und Polen. Letztere hatten eine besonders niedrige Sterblichkeit. Es zeigte sich eine besonders hohe Gefährlichkeit für die späteren Lebensjahre. Das Reinlichkeitsbedürfnis unserer Bevölkerung bis in die unteren Schichten ist ein wichtiges Moment dafür, daß das Fleckfieber bei uns nicht eine größere Verbreitung finden wird.

Pusch (Danzig) berichtet über klinische und serologische Beobachtungen auf Grund reicher Erfahrungen in einem Feldlazarett an der Beresina. Er fordert Überführung aller Verdächtigen in ein Krankenhaus, Beschaffung von Entlausungseinrichtungen, Ausbildung von „fleckfieberfestem" Pflegepersonal, Einberufung von Desinfektoren zu Entlausungskursen, besondere Überwachung in den Grenzkreisen.

Solbrig (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Tagesordnung für die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Vom 10. bis 12. September 1922 im Römer zu Frankfurt a. M.

Sonntag, den 10. September.

Abends: Empfang der Teilnehmer im Römer, Kurfürstenzimmer. Begrüßung im Kaisersaal. Geselliges Zusammensein und Vortrag in der Römerhalle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Montag, den 11. September.

Sitzung im großen Bürgersaal des Römers. Einziger Gegenstand der Verhandlungen:

Wohnungsnot und Volksgesundheit.

1. Stand der Wohnungsnot. Prof. Dr. Morgenroth, Direktor des Statistischen Amtes (München).
2. Folgen der Wohnungsnot für Gesundheit und Sittlichkeit. Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig (Köln), Ober-Reg.-Rat Dr. Marie Baum (Karlsruhe). Erörterung.

Dienstag, den 12. September.

3. Bekämpfung der Wohnungsnot und ihrer Folgen. Bürgermeister Sembritzki (Steglitz), Prof. Dr. Kaup (München), Stadtbaudirektor Dr. Gest (München). Erörterung.

Wohnungen und Auskünfte durch den Ortsausschuß, Frankfurt a. M., Stadtgesundheitsamt (Römer).

Die Vereinigung Deutscher Kommunal- und Fürsorgeärzte tagt gleichzeitig mit dem Verein.

Tagesordnung für die 10. Versammlung der Vereinigung Deutscher Schul- und Fürsorgeärzte,

am 10. September 1922 im Römer in Frankfurt a. M.

Sonnabend, den 9. September 1922, von abends 8 Uhr ab Begrüßungsabend im Restaurant „Thomasbräu, Börsengebäude, Schillerstraße, Haltestelle Hauptwache."

Sonntag, den 10. September 1922, vormittags 9 Uhr, Hauptversammlung der Vereinigung Deutscher Schul- und Fürsorgeärzte in der Geschlechterstube des Römers:

„Die Aufgaben und Grenzen der schulärztlichen Tätigkeit."

1. Berichterstatter Städtischer Kinderarzt Dr. Th. Hoffa (Barmen). — 2. Berichterstatter Schularzt Prof. Dr. Alfred Lewandowski (Berlin). — 3. Berichterstatter Stadt-Med.-Rat Dr. Oxenius (Frankfurt a. M.).

Nachmittags 3½ Uhr: Mitgliederversammlung in der Geschlechterstube des Römers. 1. Derzeitiger Stand der Honorarverhältnisse der neben- und hauptamtlichen Schul- und Fürsorgeärzte. Berichterstatter: Stadtschularzt Dr. Rothfeld (Chemnitz). — 2. Tätigkeitsbericht des Geschäftsführers. Kassenbericht des Schatzmeisters. — 3. Satzungsänderungen. — 4. Wahlen. — 5. Verschiedenes.

Abends 8 Uhr: Gesellschaftsabend gemeinsam mit dem Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Römer. Darauf Begrüßung im Kaisersaal und kurzer Vortrag in der großen Römerhalle über Alt-Frankfurt.

Tagesordnung für die 18. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege,

am Mittwoch, dem 13. September 1922 im Römer in Frankfurt a. M.

Dienstag, den 12. September 1922, von abends 8 Uhr ab, Begrüßungsabend im Restaurant „Steinernes Haus", nahe dem Römer.

Mittwoch, den 13. September 1922, vormittags 8½ Uhr: Mitgliederversammlung in der Geschlechterstube des Römers.

1. Eröffnung durch den Vorsitzenden. — 2. Tätigkeitsbericht des Geschäftsführers. — 3. Kassenbericht des Schatzmeisters. — 4. Wahlen. — 5. Verschiedenes.

Vormittags 10 Uhr: Hauptversammlung in der Geschlechterstube des Römers:

„Wieweit läßt sich die auf kulturellem Gebiete erforderliche Sparsamkeit mit den Forderungen der Schulgesundheitspflege in Einklang bringen?

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Selter (Königsberg i. Pr.). — 2. Berichterstatter: Geh. Baurat Dr. Hane (Berlin).

Nachmittags 3 Uhr: Besichtigungen nach näherem Programm. Gleichlaufend für Damen. Stadtführung.

Donnerstag, den 14. September 1922: Ausflug auf die Wegscheide bei genügender Beteiligung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Europäische Sanitätskonferenz in Warschau am 20. bis 28. März 1922.

Die von ihr gesammelten, S. 214 in Kürze wiedergegebenen Nachrichten über die Verbreitung schwerer Volksseuchen in Osteuropa haben der Hygienesektion des Völkerbundes Anlaß gegeben, im März 1922 eine internationale Sanitätskonferenz nach Warschau einzuberufen, um die Maßnahmen zur Verhütung eines Übergreifens der Seuchen nach Mittel- und Westeuropa zu beraten. Abgesehen von ihrer allgemeinen Wichtigkeit für die Volksgesundheit, ist die Konferenz deshalb von besonderem Interesse, weil sie zum ersten Male Deutschland als gleichberechtigten Vertreter in einer vom Völkerbund ausgehenden Unternehmung zeigt. Augenscheinlich haben die deutschen Vertreter (Frey, Otto, Mühlens), von denen der erstgenannte Vorsitzender einer der drei Kommissionen der Konferenz war, die deutschen Belange sehr geschickt vertreten.

Unter den Beschlüssen der Konferenz ist als das wesentlichste hervorzuheben, daß eine gemeinsame Bekämpfung der Seuchen in Osteuropa als eine dringliche Aufgabe des Völkerbundes anerkannt worden ist. Es sollen zu diesem Ende die Vereinbarungen der Pariser Konvention von 1912, die nur gewisse Seuchen (Cholera, Pest, Gelbfieber) im Auge hatten, auf weitere Krankheiten (Fleckfieber, Rückfallfieber) ausgedehnt werden. Dazu sind besondere Abkommen zwischen den zunächst befallenen und bedrohten Staaten über gegenseitigen Austausch der Krankheitsmeldungen und Regelung des zwischenstaatlichen Verkehrs nötig. Die Einrichtungen zur Seuchenbekämpfung, namentlich in Rußland, bedürfen der Verstärkung. Zu den Kosten soll der Völkerbund beitragen, wobei ihm das Recht zusteht, über die zweckentsprechende Verwendung der von ihm bewilligten Mittel Aufsicht auszuüben. Ein Land kann die von ihm selbst zu diesem Zwecke verwendeten Mittel von dem Beitrag kürzen, den es an den Völkerbund zu leisten hat.

Ergänzungslehrgang für Fürsorgerinnen.

Die Wohlfahrtsschule der Stadt Köln veranstaltet in der Zeit vom 15. Oktober 1922 bis 15. Januar 1923 den letzten ihrer sozialen Nachschulungslehrgänge, um Fürsorgerinnen im Amte, die nicht die staatliche Anerkennung besitzen, Gelegenheit zu geben, auf Grund des § 19 der Prüfungsordnung für Wohlfahrtspflegerinnen die staatliche Anerkennung zu erwerben. Die Frist für die dafür in Betracht kommenden Ausnahmebestimmungen läuft am 31. Oktober 1923 ab. Zulassungsbedingung für alle Teilnehmerinnen ist eine mindestens dreijährige berufliche Fürsorgetätigkeit. Dazu wird nach der Wahl des Hauptfaches noch eine besondere Vorbildung verlangt, die für die Gesundheitsfürsorge pflegerischer, für die Jugendwohlfahrtspflege pädagogischer, für die allgemeine und wirtschaftliche Wohlfahrtspflege wirtschaftlicher Art sein muß.

Gesuche um Zulassung sind bis spätestens 1. Juli an die Leitung der Wohlfahrtsschule der Stadt Köln, Rheinaustr. 3, zu richten. Dem Gesuch sind beizufügen: 1. ein ausführlicher Lebenslauf, 2. ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis, 3. Zeugnisse über allgemeine und Fachausbildung, 4. Zeugnis über die Fürsorgetätigkeit. Die Zeugnisse müssen im Original oder in beglaubigter Abschrift beiliegen.

Soziale Zahnheilkunde.

Das Kuratorium der Ostdeutschen Sozialhygienischen Akademie in Breslau veranstaltet auf Wunsch weiter Kreise der Zahnärzteschaft und auf besondere Anregung des Deutschen Zentralkomitees für die Zahnpflege in den Schulen E. V. einen Kursus der sozialen Zahnheilkunde, der vom 19. Juni bis 1. Juli 1922 stattfinden soll. Der Kursus umfaßt allgemeine und spezielle theoretische Vorlesungen und ausgedehnte seminaristische Übungen aus den für den Zahnarzt wichtigen Gebieten der Sozialen Hygiene, Sozialen Medizin, Sozialen Gesetzgebung, des Fürsorgewesens und der Standesorganisation. Der Unterricht wird erteilt von Universitätsprofessoren, von beamteten Ärzten der Stadt und von erfahrenen Männern der Praxis. Nähere Auskunft erteilt das Sekretariat der Ostdeutschen Sozialhygienischen Akademie, Breslau 16, Maxstr. 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SEP 13 1922

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 7
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

BRAUNSCHWEIG
DRUCK UND VERLAG VON FRIEDR. VIEWEG & SOHN AKT.-GES.
1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des siebenten Heftes.

Seite

Zur Gesundheitspolitik. Von Stadtarzt Dr. Ernst Neumann, Neumünster 217

Unsere Ernährungslage nach dem Kriege nach Untersuchungen in öffentlichen Speiseanstalten. (Aus dem Hyg. Institut der Universität Königsberg i. Pr.). Von Dr. W. E. Hilgers, Assistent des Instituts. (Mit einer Abbildung) 221

Die Beratungsstellen im Entwurf des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Landesrat Dr. Karl Vossen in Düsseldorf 231

Chronik der Gesundheitspflege. Rassenhygiene und Vererbungslehre. Von Sanitätsrat Dr. W. Weinberg in Stuttgart 238

Besprechungen:

Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1920/21. Herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt. (Abel) 250

R. Eberstadt. Das Wohnungswesen. (Abel) 251

Richard Standfuss. Bakteriologische Fleischbeschau. (Ludwig Bitter, Kiel) 252

Kleinere Mitteilungen:

Bibliothek für populäre Vorträge 252

Aus dem Berichte des Schweizerischen Gesundheitsamtes über das Jahr 1921 252

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 7.

Zur Gesundheitspolitik.

Von Stadtarzt Dr. Ernst Neumann, Neumünster.

Sieht man von allen metaphysischen Gedankengängen ab, so ist der Mensch der Reife, des Schaffens das Ziel der Menschen auf Erden. Es muß die Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, daß die Menschen das Zeitalter der Reife gesund erreichen und vor allem in den Jahren des Schaffens nicht Schaden an der Gesundheit nehmen, damit sie möglichst lange auf der Höhe des Schaffens bleiben und nur durch einen „natürlichen" Tod nach dem 70. Lebensjahre aus dem Wirken abberufen werden. Je mehr Menschen nach dem 20. bis ungefähr zum 70. Lebensjahre ungestört schaffensfreudig und schaffensfähig bleiben, desto mehr trägt jede Geburt eines gesunden Kindes zum Gedeihen des Volkes bei. Nur wenn ein Volk in den Lebensjahrzehnten nach dem 20. Jahre überquillt von gesundem Leben, das nach Arbeit und Schaffen drängt, wird es Willen zur Macht haben, wird es seine Art in Werken und Menschen ausbreiten.

Gesunde Menschen nach dem 20. bis zum 70. Lebensjahre hin bedingen nicht nur die kulturelle Blüte eines Volkes, sondern auch sein biologisches Gedeihen, da sie in diesen Jahren wieder Menschen zeugen und gebären.

Haben Krankheit und Tod auslesende Wirkung unter den Menschen bezüglich körperlicher Widerstandsfähigkeit und Leistungsmöglichkeit — und das wird wohl niemand leugnen können —, so haben sie das in den Kindheitsjahren ohne Frage mehr als später. Ist es trotzdem richtig, möglichst alles zu tun, was die Gesundheit der Kinder heben kann, so ist dies doch, milde gesagt, Torheit, wenn nicht zugleich alles geschieht, um die Gesundheit derer, die das 20. Lebensjahr überschritten haben, zu erhalten und zu festigen. Das Leben des modernen Menschen in Stadt und Land bringt ihm nach dem 20. Lebensjahre in den Stunden der Arbeit und der Muße so viel Gefahren für die Gesundheit, daß Gesundheitspolitik als Kunst des Notwendigen sich vor allem dagegen wenden muß. Möglichst kurze Arbeitszeit in Fabrik, Kontor und Bureau ist die erste Forderung der Gesundheitspolitik im heutigen Leben, soll der Mensch die Dinge und sollen nicht die Dinge den Menschen haben. Möglichst wenig gesundheitsschädliche Zustände in Arbeits- und Wohnräumen muß die zweite Forderung der Gesundheitspolitik sein. Manche Zugeständnisse wird sie auf diesen Gebieten heute leider noch machen müssen als Folge der Sünden der Vergangenheit, besonders auf dem Gebiete des Wohn- und Siedlungswesens und in Anpassung an sogenannten wirtschaftlichen Zwang, obwohl in der Beziehung bei gutem Willen und Anerkennung der doch eigentlichen Selbstverständlichkeit, daß der Mensch der Güter höchstes ist, daß er das Maß aller menschlichen Dinge ist, vieles Wünschenswerte auch heute nur unmöglich scheint, aber nicht unmöglich ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Drittens muß Gesundheitspolitik, die sich ihres Zieles klar ist, fordern, daß die Menschen nach dem 20. Jahre ihre Mußestunden so zubringen, daß diese nicht etwa der Gesundheit neue Gefahren schaffen, sondern möglichst die wieder gut machen, welche die Arbeitsstunden ihnen gebracht haben. Der Verwirklichung dieser Forderung stehen Sünden der Vergangenheit vor allem im Wohnwesen auch entgegen, aber doch nicht in dem Maße wie bei der Forderung nach kurzer Arbeitszeit und gesunden Arbeits- und Wohnbedingungen. Sogenannte Notwendigkeiten der Volkswirtschaft hindern die gesundheitsgemäße Gestaltung der Mußestunden nie. Wer den Profit irgend eines in gesundheitsschädlichen Dingen angelegten Kapitals als wirtschaftliche Notwendigkeit rechnet, mit dem ist über diese Dinge überhaupt nicht zu reden! Spiel und Sport im Kindesalter sind schön und nützlich, noch mehr aber im Alter von 20 bis 50 und 60 Jahren. Wenn auf unzähligen Plätzen nicht nur Kinder, sondern Männer und Frauen auch mit grauem Haar bei Spiel und Sport sich tummeln, sofern sie nicht im Garten arbeiten, wird mehr für die Volksgesundheit gesorgt sein, als wenn heute Kinder und Erwachsene in Heilanstalten geschickt werden.

Heute benutzen die Erwachsenen ihre Mußestunden — man könnte sagen — beinahe hauptsächlich dazu, um den Rest von Gesundheit, den schlechte Arbeits- und Wohnverhältnisse ihnen gelassen haben, auch noch zu untergraben. In überfüllten Räumen rauben sie sich den so notwendigen Schlaf und vergiften sich mit schlechter Luft, den Giften des Tabaks, des Bieres, Weines und Schnapses!

Änderten wir dies, so würden wir nicht nur der Gesundheit nützen, sondern uns wirtschaftlich vielleicht auch eher in den Stand setzen, die gesundheitspolitisch notwendigen Forderungen nach kurzer Arbeitszeit in Fabrik, Kontor und Bureau und nach gesundheitsgemäßen Wohn- und Arbeitsbedingungen zu verwirklichen.

Viele tausend Hektar Ackerland werden mühsam bearbeitet, Millionen Hände arbeiten an tausenden von Maschinen, um Rauch- und Rauschgifte zu erzeugen, damit die Menschen nur ja auch ihre kurzen Mußestunden zur Untergrabung ihrer Gesundheit verwenden! Wenn das vom Standpunkt der Gesundheitspolitik nicht Wahnsinn ist, weiß ich nicht, was Wahnsinn ist!

Das zu ändern, sind vielerlei Wege zu gehen, die mittel- oder unmittelbar zum Ziele führen. Aufklärung und Belehrung sind die einfachsten und notwendigsten, aber auch wirkungslosesten, wenn hinter dem Worte nicht die Tat des Beispiels steht! Dazu berufen sind zuerst wohl ohne Frage die Ärzte. Sie müssen durch die Forschungen der letzten Jahrzehnte die biologische Einsicht haben, daß der menschliche Körper ein unfaßbar verwickeltes Wunderwerk ist, in dem durch das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein oft kleinster Mengen von chemisch-physikalischen Energien wichtigste Änderungen gesetzt werden. Vom biologischen Standpunkte aus können die Ärzte es daher nicht als gleichgültig für die Gesundheit betrachten, ob z. B. Rauch- und Rauschgifte, die fraglos nicht in den Körper hineingehören, immer wieder ihm einverleibt werden. Wie kann biologisches Denken nicht nur für die Staatspolitik, sondern auch für das tägliche Tun und Lassen der Menschen bestimmend werden, wenn die Ärzte das Beispiel so unbiologischen Denkens und Handelns geben,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß sie die Rauch- und Trinksitte verteidigen und mitmachen? Die Ärzte, die des Gelderwerbes wegen oder aus sonstigen Gründen sich nur um den Krankheitsfall des einzelnen Menschen kümmern wollen, können darin noch entschuldigt werden, nicht aber die, denen vorbeugende Gesundheitspflege, gesundheitsgemäße Gestaltung des Volkslebens, kurz Gesundheitspolitik Aufgabe ist. Sie müssen durch Wort und Beispiel energisch Front gegen die Rauch- und Trinkunsitte machen, wollen sie Gesundheitspolitik als die Kunst des Notwendigen und Möglichen auf dem Gebiete der Gesundheitspflege treiben.

Tabak- und Alkoholgift werden Ursache, daß selbst Menschen, die gesund das 20. Lebensjahr überschritten haben, in den Jahrzehnten zwischen dem 30. und 60. Jahre krank und siech werden und vorzeitig sterben; sie arbeiten also dem Ziel der Gesundheitspolitik entgegen, die Menschen zwischen 20 und 60 bis 70 Jahren gesund und leistungsfähig zu haben, daß das Volk gerade in diesen Lebensabschnitten überquelle von gesundem Leben!

Tabak und Alkohol sind Bestandteile des berühmten „Milieus", die fraglos für die Gesundheit nur schädlich und ohne Schaden für die Volkswirtschaft zu entfernen sind. Wenn „Milieuhygieniker" über alles Mögliche reden und für alle möglichen Aufgaben, die schwer zu verwirklichen sind, ihre Kräfte einsetzen, so kann das vom Standpunkt der Gesundheitspolitik gut und nützlich sein, ist aber schlimmer als Torheit, wenn dieselben Milieuhygieniker an der Tabak- und Alkoholfrage zum mindesten möglichst vorbeigehen, diese gesundheitsschädlichen Umweltfaktoren wohl gar noch verteidigen. Das ist ein Widerspruch in sich selbst!

Milieu- und Rassehygieniker stehen nicht selten noch in gewissem Gegensatz zueinander, obwohl dies stets nur von unklarer Auffassung der Aufgabe der Milieu- und Rassenhygiene zeugt. In Bekämpfung des Rauch- und Rauschgiftes müssen und können aber beide unbedingt zusammen gehen. Rauch- und Rauschgifte sind Bestandteile des Milieus, die das Individuum und das Keimplasma schädigen. Das ist sicher!

Alle Gesundheitspolitiker müssen zu aggressiven Gegnern der Rauch- und Trinksitte werden, wollen sie sich nicht mit Recht eines Denkfehlers zeihen lassen; sie dürfen nicht dabei stehen bleiben, für die Jugend Freiheit von Rauch- und Rauschgift zu verlangen, sondern müssen dies gerade für die reifen Menschen, deren Sein doch der Zweck der Jugend ist, fordern, damit diese nicht krank und siech und vorzeitig vom Tode hingerafft werden! Als praktische, leicht zu verwirklichende Maßregel sollten z. B. die Gesundheitspolitiker eine reichsgesetzliche Bestimmung verlangen, daß in allen geschlossenen Arbeitsstätten und dem öffentlichen Verkehr dienenden Räumen und bei öffentlichen Versammlungen irgendwelcher Art in geschlossenen Räumen überhaupt nicht geraucht werden darf. Da dies aus Gründen der Gesundheit und des öffentlichen Anstandes eigentlich zum mindesten so selbstverständlich ist, wie, daß man nicht auf den Boden spucken soll, so kann für vernünftige und anständige Menschen solch eine gesetzliche Bestimmung auch keine Einschränkung der berühmten individuellen Freiheit, sondern nur eine Selbstverständlichkeit sein. Damit Selbstverständlichkeiten von allen beobachtet werden, ist es notwendig, daß sie Gesetz werden. Das ist ja der Sinn jedes Gesetzes! Der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege würde sich ein Verdienst erwerben, wenn er solch eine Gesetzesbestimmung bei der Reichsregierung beantragte. Sie macht keine Kosten und ist leicht durchführbar.

Ebenso sollte vom Standpunkt der Gesundheitspolitik aus verlangt werden, daß die Abendstunde, bis zu der Gastwirtschaften u. dgl. geöffnet sein dürfen, so früh wie möglich gesetzt wird. Das ist wieder eine Maßregel, die nichts kostet und doch der Volksgesundheit nur nützt.

Solche gesetzliche Bestimmungen sind leicht und auch bei uns schon heute durchführbar, obwohl wir in solchen Dingen ziemlich rückständig sind. Statt aber diese und ähnliche einfache gesundheitspolitische Maßnahmen zu verlangen, diskutiert man eifrig unmittelbare Gesetze gegen die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten, obwohl es zum mindesten sehr fraglich ist, ob die geplanten gesetzlichen Maßnahmen durchführbar und von Erfolg sind. Man sollte auch nicht vergessen, daß Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten Festungen sind, die man nicht durch unmittelbaren Angriff besiegt, denen man vielmehr nur durch mannigfache mittelbare Maßregeln die Widerstandsfähigkeit untergraben kann, so daß sie schließlich von selbst fallen, ohne daß ein unmittelbarer Sturm notwendig ist. Daß ein vollkommenes Alkoholverbot nach dem Muster der gesundheits- und kulturpolitischen Großtat der Vereinigten Staaten von Nordamerika bei uns leider aus allgemein politischen und sonstigen Gründen noch nicht möglich ist, müßte für alle, denen Gesundheitspolitik Aufgabe sein soll, gerade Anlaß sein, auf die Notwendigkeit eines vollkommenen Alkoholverbots aus Gründen der Volksgesundheit immer wieder hinzuweisen. Ein Gesetz, das Branntwein jeglicher Art, Bier von mehr als 2 bis 3 Proz. und Wein von mehr als vielleicht 8 bis 10 Proz. verbietet, würde politisch und wirtschaftlich heute auch bei uns wohl möglich sein, wenn nur der gute Wille der gesetzgebenden Faktoren da wäre. Würden alle in Gesundheitsfragen zuständigen Behörden und sonstige Kreise ein solches Gesetz fordern, so würde auch bald der gute Wille der gesetzgebenden Körperschaften da sein. Ein solches Gesetz würde, ganz abgesehen von den sonstigen segensreichen Kulturwirkungen, für die Volksgesundheit wichtiger sein als alle Gesetze gegen Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten; es würde zu den Mitteln gehören, die diesen Krankheiten den Boden abgraben.

Ziel der Gesundheitspolitik ist, daß im Alter nach dem 20. Jahre möglichst nur gesunde, bis zum hohen Alter hin leistungsfähige Menschen da sind, die nicht vorzeitig durch Siechtum und Tod aus dem Wirken abberufen werden. Erreicht dies die Gesundheitspolitik, so ist sie das wesentlichste Mittel für Gedeihen und Wohl eines Volkes. Sie muß daher alles daran setzen, daß aus den Arbeits- und Wohnverhältnissen und der Art, wie die Mußestunden zugebracht werden, den reifen Menschen auch in der heutigen Kultur nicht eine Quelle der Schädigung fließt. So wichtig es ist, für Gesundheitspflege in der Jugend zu sorgen, so ist dies doch nur halbe, fast vergebliche Arbeit, wenn nicht das Leben der erwachsenen Menschen in Arbeit, Wohnen und Muße so gestaltet wird, daß die reif gewordenen Menschen gesund bleiben. Jugend ist nicht Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. Der reife Mensch der Jahre von 20 bis 70 ist der Zweck der Jugend. Das darf auch bei der Gesundheitspolitik nicht vergessen werden. Es ist, glaube ich, nicht ganz unnötig, das heute mal

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu betonen. Man wird dann z. B. vor Torheiten wie denen bewahrt bleiben, daß man die Jugend vor Rauch- und Rauschgift bewahrt, aber ruhig zusieht, daß die reifen Menschen ihre Gesundheit mit Tabak, Alkohol und anderen schädlichen Gewohnheiten untergraben, so daß sie in dem Lebensabschnitt nach dem 40. Jahre vorzeitig krank und siech werden, nachdem sie vorher vielleicht schon durch Schädigung des Keimplasmas Ursache für das Dasein kranker Jugend geworden sind, deren Schwächezustände dann wieder durch gesundheitliche Jugendfürsorge behoben werden soll!

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Königsberg i. Pr.]

Unsere Ernährungslage nach dem Kriege
nach Untersuchungen in öffentlichen Speiseanstalten.

Von Dr. W. E. Hilgers, Assistent des Instituts.

(Mit einer Abbildung.)

Wenn auch die Jahre des Krieges und der Hungerblockade mit ihrer erzwungenen Rationierung der Lebensmittel auf ⅓ bis ½ des normalen Bedarfs vorüber und Nahrungsmittel wieder reichlich im Lande vorhanden sind, so sind doch die unheilvollen Wirkungen der Hungerblockade bis auf den heutigen Tag nicht geschwunden. Die notwendige Herabsetzung der dargebotenen Nahrungsquote zeitigte Folgen in der Gesundheit des deutschen Volkes, die zwar in der Blockadezeit am sichtbarsten waren, aber jetzt noch besonders in der ärgstbetroffenen Großstadtjugend im Alter von 3 bis 10 Jahren für den Sozialhygieniker deutlich wahrnehmbar sind. Wie die Jahresringe eines Baumes in kargen Jahren klein und schmal sich setzen, so ist nach den Beobachtungen der Schulärzte das Wachstum und die Gewichtszunahme der Schulkinder hinter den normalen Jahren erheblich zurückgeblieben [v. Drigalski[1]), Schlesinger[2])]. Der Rückstand im Längenwachstum gegenüber den Friedenswerten ist auf durchweg 3 bis 5 cm, der Rückstand im Gewicht zwischen 2 und 5 kg berechnet worden. Allerdings war der Grad der Aushungerung und dementsprechend der gesundheitliche Schaden nicht überall gleichmäßig, so daß für den oberflächlichen Beobachter die Wirkungen nicht so offensichtlich sind. Die Landbevölkerung war als Selbstverbraucher erheblich besser versorgt und stand günstiger da als die übervölkerten Industriegebiete. Die höheren Lebensalter litten in erster Linie, die Säuglinge, nach allgemeinen Berichten nicht untergewichtig geboren, litten höchstens unter dem Milchmangel, wofür aber eine bessere Stilltätigkeit (Reichswochenhilfe) einsetzte [Cohn[3])]. Doch nicht allein das Zurückbleiben im Wachstum und Gewicht, die Schädigung des Phänotypus, wie Kuhn es genannt hat, auch das Sinken der Widerstandskraft gegen konsumierende Krankheiten ist auf Rechnung der Aushungerung zu setzen. Hier ist es vor allem die Zunahme jener Volksseuche, welche einen der besten Indikatoren auf sinkende Widerstandskraft darstellt: der Tuberkulose, die uns in ihrem Ansteigen der Sterblichkeitsziffer einen traurigen, aber sicheren Maßstab für die Wirkungen der Hungerblockade gewährt hat. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

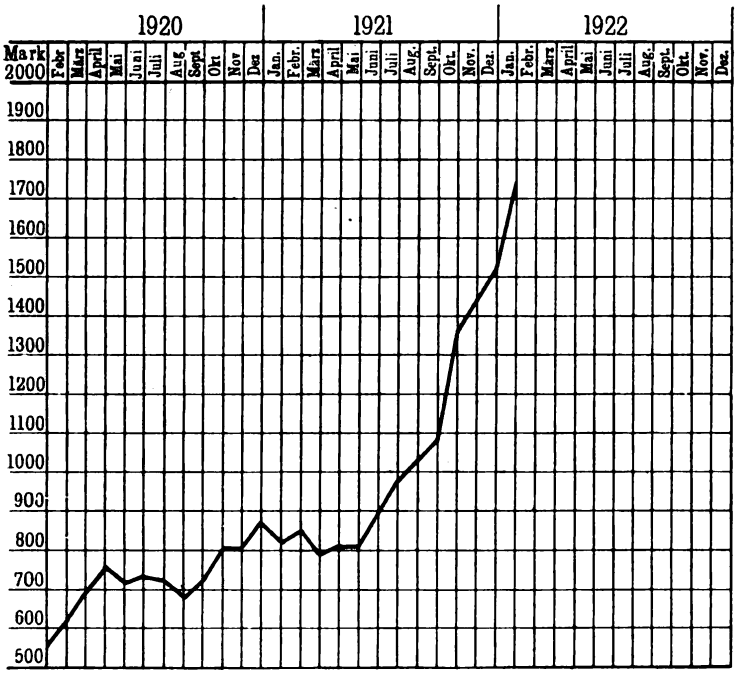
Arbeit von Selter und Nehring[4]), welche in der Arbeit von Wassermann[5]) eine volkswirtschaftliche Parallele hat, gibt eindeutige statistische Zahlenreihen, wie sehr die sinkende Ernährung mit steigender Tuberkulosesterblichkeit einhergeht. Das Höchstmaß der Wirkung der Hungerblockade will Gottstein[6]) auf die Zeit verlegen, wo die in ihrer Konstitution geschwächte Jugend in das erwerbsfähige Alter eintritt. Damit liegt also ein Teil des Übels noch vor uns — Grund genug, auf eine besonders gute Auffütterung dieser Jugend zu dringen. Sowohl das Zurückbleiben des Wachstums, wie auch die Sterblichkeit an Tuberkulose sind auf die steigende Nahrungszufuhr prompt zurückgegangen. Schlesinger (l. c.) berichtet, daß im Jahre 1921 sprunghafte Besserungen eingetreten, sogar die Durchschnittszahlen des Längenwachstums häufig um 3 bis 4, ja um 5 cm höher als in den vorangegangenen Jahren sind. Ebenso zeigt die Tabelle von Selter und Nehring, wie mit dem Einsetzen reichlicher Nahrungszufuhr die Sterblichkeit an Tuberkulose absinkt, um auf das Friedensmaß, ja über dasselbe hinaus zu fallen. Damit kennen wir das Heilmittel zur Wiederherstellung der deutschen Volksgesundheit: eine ausreichende Ernährung, besser noch eine Ernährung, die über das Maß des physiologisch Normalen hinausgeht. Vor allem tut nach dem, was wir aus der Lehre von der Wiederauffütterung nach Hungerperioden wissen (Rubner), besonders not, die zugeführte Kalorienzahl zu steigern. Wirtschaftlich gesprochen ist das nur möglich, wenn die entsprechenden Nahrungsmittel zu erschwinglichen Preisen zur Verfügung stehen. Es kommt aber auch ferner, wie Rubner nachgewiesen hat, darauf an, Eiweiß und Fett besonders reichlich zu verzehren, weil durch die chronische Unterernährung eine Eiweißaushungerung des Organismus eingetreten ist [Kestner[6])]. Ein Überschuß von Eiweiß ist zu begrüßen. Nach den Rubnerschen Untersuchungen setzt sich bei einer beabsichtigten Wiederauffütterung der Eiweißbedarf aus dem normalen Eiweißbedarf des Stoffwechsels und dem Bedarf des zum Wiederaufbau des in Verlust geratenen notwendigen Eiweißes zusammen. Die Schnelligkeit dieser Gesundung hängt von dem Prozentsatz der Kost an Eiweiß ab. Rubner betont, eiweißarme Nahrungsmittel erlauben entweder überhaupt keine Auffütterung oder schieben den Termin einer solchen unter überflüssiger Fettbildung endlos lange hinaus. Kestner (l. c.) hatte schon während des Krieges den Vorschlag gemacht, zur Verlangsamung des damals rapide fortschreitenden Organ-Eiweißverlustes Fleischtage mit hoher Fleischration einzuschalten. Der Ruf verhallte ungehört.

Endlich bedarf es zur Hebung der Widerstandskraft gegenüber konsumierenden Krankheiten der Zuführung jener Nährstoffe, deren Fehlen vor allem das so verhängnisvolle Ansteigen der Tuberkulosesterblichkeit bewirkt hat. Das ist das Fett. Ist doch neuerdings von verschiedenen Seiten, besonders von Aron[7]), auf den Zusammenhang zwischen Krankheitshinfälligkeit und Fettmangel hingewiesen worden. Doch ist letzten Endes die Höhe der Kalorienzufuhr das wichtigste. Dies zeigen in schönster Weise die Untersuchungen von Kruse und Hintze[8]) während der Kriegsjahre, die ja der Lösung ernährungsphysiologischer Probleme besonders günstig waren. In Fragen der Ernährung sind hygienische und wirtschaftliche Faktoren unlösbar verknüpft. Es ist nötig, daß nicht nur die notwendige Nahrungsmenge vorhanden, sondern auch, daß sie allen Bevölkerungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kreisen zu erschwinglichen Preisen zur Verfügung steht; das kann (wenn auch stets nur auf kurze Zeit) durch Steigerung der Lohnhöhe erreicht werden, darum spielt die Frage der gleitenden Lohnskala bei den heutigen Lohnkämpfen eine so große Rolle. Es soll der Lohn des Arbeiters imstande sein, die nötige Nahrungsmenge zur Leistung der Arbeit zur Verfügung zu stellen, und somit die Kosten der Ernährung einen Gradmesser abgeben, wie die Entlohnung steigen oder fallen soll. Der Reichssteuerungsindex (der hier in übersichtlicher Kurvenform wiedergegeben sei) zeigt, wie die Preise der

Teuerungszahlen des Reichsstatistischen Amtes.



Wandlungen der Ernährung in der Nachkriegszeit nach Untersuchungen in öffentlichen Speisestellen. Von W. E. Hilgers, Assistent des Instituts.

Lebensmittel in den einzelnen Monaten des Jahres 1920/21 schwanken und seit Juni 1921 erst langsam, dann sprungweise nach oben streben. Den Indexzahlen zugrunde gelegt ist der Bedarf einer fünfköpfigen Familie: Vater, Mutter und drei Kinder im Alter von 12, 7 und 1½ Jahren. Dem an und für sich richtigen Gedanken, die Lohnhöhe nach dem Existenzminimum zu staffeln, ist von verschiedener Seite entgegengetreten worden. So führte der Reichsarbeitsminister Braun in einem Vortrage aus, daß der richtige Grundgedanke der Indexlöhnung das Lohnproblem keineswegs eindeutig und restlos löst. Der Arbeitgeber wünscht Entlohnung nach Leistung, um in einer Lohnerhöhung den Anreiz zur Steigerung der Produktion in der Hand zu haben. Dann ist die Lohnhöhe ja auch von dem Gedeihen des Unternehmens abhängig. Auch ist die Möglichkeit der Selbstversorgung in kleinen Städten nicht genügend beachtet, weiterhin geht jede Lebenshaltungsindexziffer von einem fiktiven Normalbedarf aus, der von dem wirklichen Bedarf des einzelnen Verbrauchers und der Braucherfamilie je nach Anpassungsfähigkeit und Vorrat an überkommenen Dingen abweicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Und als letztes zeigt sich, daß die auf Grund des Existenzminimums festgelegten nach gleitender Lohnskala schwankenden Löhnen den Unverheirateten besonders günstig stellen, da die Entlohnung nach Leistung im Gegensatz zum sozialen Lohn noch die Regel ist. Verdiente doch nach den Ermittlungen des Preußischen Statistischen Landesamtes nach den Lohnzahlen für die chemische Industrie in einer größeren Stadt im Westen Deutschlands Ende 1920:

ein Mann	1190,40 M.
ein Ehepaar mit zwei Kindern	1363,20 „

in vier Wochen. Oder noch klarer ausgedrückt, setzt man die für das Existenzminimum notwendigen Ausgaben = 100 und bezieht hierauf den Verdienst, so erhält man für 1920 folgende Zahlen:

ein Mann	175 M.
ein Ehepaar mit zwei Kindern	97 „

Ich habe die Verhältnisse der Entlohnung deswegen etwas weiter ausgeführt, weil in meinen folgenden Untersuchungen über die Kostzusammensetzung in öffentlichen Speisestellen letztere vorwiegend von Unverheirateten besucht werden. Diese Nichtverheirateten, und besonders die Studenten, stellen jetzt einen großen Teil derjenigen dar, die im Jahre 1914 etwa 12 bis 14 Jahre alt waren, also die Zeiten größter Entbehrung noch in ihren Wachstumsjahren durchgemacht haben. Die Möglichkeit der Wiederauffütterung durch gesteigertes Nahrungsangebot liegt in den ebengenannten wirtschaftlichen Fragen, die die Deckung dieses Nahrungsbedarfs möglich macht. Andere wirtschaftliche Verbilligungsmöglichkeiten sind Zusammenschluß in Konsumvereinen, Schaffung billiger Speisestellen (Königsberger Palästra), Umgehung des unlauteren Zwischenhandels. Von hygienischer Seite kann durch Aufklärung über die Zubereitung und Ausnutzung der Speisen, ferner über den Nährwert der einzelnen Nahrungsmittel indirekt zu einer Verbesserung der Volksernährung beigetragen werden. In diesem Sinne wird vom Hygienischen Institut zu Königsberg allmonatlich in der meistgelesenen Tageszeitung eine kurze Tabelle über den Nährgeldwert der gebräuchlichsten Speisen veröffentlicht, wodurch die denkende Hausfrau imstande ist, für billiges Geld kalorienreiche Nahrung sich zu beschaffen. Ein Muster dieser Tabelle sei nebenstehend eingefügt (S. 225).

Ein Vergleich der dargebotenen Nährstoffe in öffentlichen Speisestellen — qualitativ und quantitativ — mit den Preisen ist stets ein guter Gradmesser gewesen, wieweit die Ernährung des Volkes sichergestellt ist.

Kisskalt[9]) hatte aus diesen Erwägungen heraus bereits lange vor dem Kriege (1907) Untersuchungen über die Zusammensetzung der Kost in besseren und geringeren Wirtschaften gemacht, und durch diese willkommene Vergleichsmöglichkeit angeregt, habe ich ähnliche Untersuchungen in Königsberger Speisehäusern 1921 angestellt. Im Hinblick auf das eben Gesagte ist es nun von Interesse, festzustellen, sowohl für die Kreise, die die öffentlichen Speisestellen besuchen, wie auch für die Familien, denn beide schöpfen letzten Endes aus der gleichen Quelle:

1. Wieviel betragen die Kosten der Ernährung, wenn man annimmt, daß durch den Mittagstisch etwa 30 bis 40 Proz. des täglichen Kalorienbedarfs gedeckt werden?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Nährgeldwert der gebräuchlichsten Speisen. Wie kauft man für wenig Geld möglichst viel Nährwerte ein?

Sie enthalten (Brennwerte)	Es kosten zurzeit (Dezember 1921) 100 g oder 1/5 Pfund durchschnittlich	Man bekommt dadurch für 1 M. (Kalorien oder Brennwerte)	Es kosten zurzeit (Januar 1922) 100 g oder 1/5 Pfund durchschnittlich	Man bekommt dadurch für 1 M. (Kalorien oder Brennwerte)	Es kosten zurzeit (Februar 1922) 100 g oder 1/5 Pfund durchschnittlich	Man bekommt dadurch für 1 M. (Kalorien oder Brennwerte)
26,0	Apfelsinen . . 2,40 M.	9,8	Apfelsinen . . 2,80 M.	8,5	Apfelsinen . . 2,40 M.	10,0
161,1	Hühnerei . . 6,40 „	25,1	Hühnerei . . 6,60 „	24,0	Hühnerei . . 9,00 „	18,0
18,0	Äpfel . . . . 0,60 „	27,0	Äpfel . . . . 0,60 „	27,0	Äpfel . . . . 0,80 „	20,0
137,1	Rindfleisch . . 3,00 „	45,7	Rindfleisch . . 3,20 „	43,0	Rindfleisch . . 4,20 „	33,0
238,0	Feigen . . . . 3,80 „	62,6	Schellfisch . . 0,80 „	72,0	Schokolade . . 7,00 „	62,0
71,7	Schellfisch (Dorsch) . . 0,80 „	71,8	Schokolade . . 6,00 „ Käse (halbfett) 4,00 „	72,0 77,5	Käse (halbfett) 4,80 „ Schweinefleisch 5,00 „	65,0 82,0
432,0	Schokolade . . 6,00 „	72,0	Schweinefleisch 4,80 „	85,0	Butter . . . . 9,00 „	85,0
230,1	Hering . . . . 2,34 „	73,8	Feigen . . . . 2,40 „	99,0	Hering . . . . 1,70 „	101,5
310,0	Käse (halbfett) 4,00 „	77,5	Butter . . . . 7,00 „	109,5	Bonbons . . . 3,50 „	109,0
766,2	Butter . . . . 8,00 „	95,8	Hering . . . . 1,50 „	115,0	Mohrrüben . . 0,25 „	123,0
407,0	Schweinefleisch 3,80 „	107,1	Bonbons . . . 3,20 „	117,0	Milch . . . . 0,50 „	130,0
380,0	Bonbons . . . 3,20 „	116,8	Mohrrüben . . 0,20 „	154,0	Margarine . . 5,40 „	149,0
804,4	Margarine . . 5,60 „	143,6	Margarine . . 4,40 „	183,0	Erbsen . . . . 1,10 „	280,0
65,4	Milch . . . . 0,29 „	225,5	Milch . . . . 0,34 „	192,0	Kartoffeln . . 0,20 „	321,0
410,0	Gefrierfleisch . 1,60 „	256,2	Erbsen . . . . 1,00 „	308,0	Roggenbrot . . 0,67 „	331,0
41,1	Mohrrüben . . 0,12 „	256,8	Kartoffeln . . 0,16 „	401,0		
308,4	Erbsen . . . . 1,00 „	308,4	Roggenbrot . . 0,44 „	505,0		
85,5	Kartoffeln . . 0,14 „	498,7				
222,3	Roggenbrot . . 0,35 „	635,1				

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Wie verhalten sich die öffentlichen Speisestellen in bezug auf die Darbietung von Eiweiß, Fett und Kohlehydraten gegenüber den Friedenszeiten, und besonders im Hinblick darauf, daß eine eiweißreiche Nahrung zur Wiederauffütterung notwendig ist?
3. Wie ist die Deckung des Kalorienbedarfs gegenüber den Preisen (Nährgeldwert)?

Die Untersuchungen wurden an Königsberger Speiseanstalten in den Monaten Oktober, November, Dezember des Jahres 1921 vorgenommen und geschahen in der Weise, daß die gekauften Speisen in das Hygienische Institut gebracht, und dort auf ihren Gehalt an Eiweiß, Fett und Kohlehydraten untersucht und in Beziehung zum Preise gebracht wurden. Untersucht wurden drei verschiedene Sorten von Speisehäusern:

1. ein mittleres Restaurant,
2. ein alkoholfreies Volksspeisehaus,
3. der Mittagstisch der Palästra Albertina, der allerdings nur Studenten zugängig ist.

Im allgemeinen folgte ich der Versuchsanordnung Kisskalts und stellte an einer Mittagsportion die darin enthaltenen Nährwerte in Reinkalorien fest. Bei diesen Untersuchungen wurde ich in hilfreicher Weise von Herrn cand. med. Hintze unterstützt, der sich mit Eifer und Geschick der Mühe unterzog, von den mißtrauischen Wirten Speisen zu erhalten. Da Analysenwerte für Eiweiß-, Fett- und Kohlehydratgehalt der Speisengrundlagen genügend vorhanden sind, so wurde es als hinreichend genau erachtet, von den Rohstoffen auszugehen, an der Hand des Kochrezeptes die Ingredienzien festzustellen, und nur die durch Kochen usw. erzeugten Veränderungen zu berücksichtigen. Ähnlich sind auch andere Autoren, z. B. Schütz[10]), in der Berechnung des Ernährungsbudgets vorgegangen. Für die Prozentzahlen des Abfalls und bei der Verminderung der tischfertigen Herstellung der Speisen wurden die von Schütz im Anhang über das Ernährungsbudget berechneten Zahlen zugrunde gelegt. Der Vergleich der Speisestellen vor und nach dem Kriege ist insofern ungenau, als zwar zwei entsprechende Restaurants gegenübergestellt wurden, aber man die Verhältnisse in Berlin nicht mit Königsberg genau vergleichen kann. Die Volksküche Kisskalts aus dem Jahre 1907 ist mit der Palästra, dem Mittagstisch für Studenten, in Beziehung gesetzt. Ebenso sind Volksküchen 1907 und Volksküchen 1920/21 gleich. Die örtlichen Unterschiede in dem Genuß verschiedener Speisen sind nicht klein. Statistische Zahlen fehlen hierüber. Es hat aber doch z. B. den Anschein, als ob in Königsberg früher und jetzt mehr Fett verzehrt zu werden pflegte, was ja nach den klimatischen Unterschieden nicht weiter verwunderlich ist. Immerhin ist dieser Unterschied nicht bedeutend genug, um den Vergleich zwischen Vor- und Nachkriegszeit unmöglich zu machen.

Nehmen wir zuerst die Kaloriendeckung, die wir als das wichtigste zur Wiederauffütterung ansehen müssen, so erhielt Kisskalt:

Im Jahre	1907	1030 Kalorien	im Restaurant
„ „	1907	1260 „	in der Volksküche
„ „	1907	918 „	„ „ Arbeiterwirtschaft,

während bei unserer Berechnung:

Im Jahre	1921 (Oktober) . . .	745,6 Kalorien	das Volksspeisehaus
„ „	1921 „ . . .	1047,0 „	„ Restaurant (festes Menu)
„ „	1921 „ . . .	1160,0 „	die Palästra

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lieferte. Die in den einzelnen Speisestellen gefundenen Kalorienwerte schwankten an den verschiedenen Tagen einer Woche ziemlich erheblich. Die genannten Zahlen sind dementsprechend Durchschnittszahlen. Die wenigsten Kalorien lieferte das Volksspeisehaus, wobei zu bemerken ist, daß hier keine Suppe entnommen wurde, die durchschnittlich noch 200 Kalorien lieferte. Die meisten Wärmeeinheiten gab das Essen in der Palästra mit durchschnittlich 1160 Kalorien. In dieser Zahl ist noch ein Zuschlag von 25 Proz. gerechnet, da sich jeder einzelne zu seiner erhaltenen Portion noch einmal Suppe und Kartoffeln nachholen kann. Rechnet man den täglichen Mindestbedarf eines Erwachsenen mittlerer Körpergröße bei mittlerer Arbeit an reinen Kalorien = 2600 Kalorien, so deckt das Mittagessen in der Palästra und im Restaurant etwa 45 Proz., das der Volksspeisehäuser etwa 35 Proz. des täglichen Kalorienbedarfs. Dies entspricht ungefähr der Normalzahl, deren genaue Feststellung insofern schwierig ist, als konventionelle Unterschiede in den einzelnen Gegenden Deutschlands bestehen.

Untersuchungen haben sogar ergeben, daß häufig die Mittagsmahlzeit zwar die eiweißreichste des ganzen Tages ist, abends aber mehr Kalorien aufgenommen werden. Nach den Untersuchungen Rubners entfallen 46 Proz. der Kalorienaufnahme auf die Mittagsmahlzeit. v. Voit[11]) verlangte vom Mittagessen der Volksküche, daß es 50 Proz. der von ihm als Norm geforderten Kalorienzahl decke. Ungleich wichtiger aber als die absolute Kalorienzahl ist das Verhältnis des Preises zu der dafür gebotenen Kalorienmenge.

Kisskalt erhielt 1907 für eine Goldmark:

Im Restaurant	763	Kalorien
In der Arbeiterwirtschaft	1862	„
„ „ Volksküche	4200	„

Bei unseren Untersuchungen erhielten wir November 1921 für eine Papiermark:

Im Restaurant	109,3	Kalorien
In dem Volksspeisehaus	110,4	„
In der Palästra	484,9	„

Für 1 M. in Gold müßte man demnach, wenn man den Stand des Dollars vom 1. Oktober 1921 mit 130 M. annimmt, das 32fache erhalten, es ist also glücklicherweise infolge der noch verhältnismäßig großen Kaufkraft der Mark der Zustand so, daß bei richtiger Zugrundelegung des Geldwertes der Mark der Preis der Nahrungsmittel geringer als vor dem Kriege ist.

Die Preise, die während des Krieges künstlich durch die Rationierung und Höchstpreise niedergehalten, aber durch den Schleichhandel illegal in die Höhe getrieben wurden, sind nicht ebenso schnell gestiegen, wie der Wert der Mark im Auslande gesunken ist. Nur mit dem langsamen Abbau des Kartensystems stiegen die Preise im umgekehrten Verhältnis zur Valuta, und näherten sich allmählich den Weltmarktpreisen. Auch durch die Reichszuschüsse zur Verbilligung des Brotgetreides, die seit August 1921 abgebaut wurden, und für 1922 nur noch 1 Milliarde betragen, wurde dieser Preisanstieg verlangsamt. Es ist deswegen vom sozialhygienischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Standpunkte aus eine erfreuliche Tatsache, daß sich die inländische Kaufkraft der Mark besonders gegenüber den Lebensmitteln noch gehalten hat.

Wie schon oben ausgeführt worden ist, hat sich die Entlohnung den Preisen der Lebensmittel angepaßt, so daß bei dem heutigen Stande der Ernährungsfrage, wo volkswirtschaftliche und hygienische Gesichtspunkte eng miteinander verbunden sind, die Nahrungsmittel in den öffentlichen Speisestellen relativ billig zur Verfügung stehen. Leider ist das aber für weite Volkskreise, die nicht entlohnt werden, nicht der Fall, so daß z. B. für die Studenten der billige Palästramittagstisch der einzige Ausweg aus drohender chronischer Unterernährung ist.

Zur Frage der Wiederauffütterung ist weiterhin wichtig, festzustellen, wie die Kaloriendeckung im einzelnen sich zusammensetzt, ob nicht die Kohlehydrate gegenüber den teuren Fetten das Übergewicht bekommen haben, ob nicht der Hauptcharakter der verschiedenen Kostsätze, die als gemischte Kost bezeichnet werden, um das Zitat Kisskalts aus Rubners Arbeit zu gebrauchen, sich nicht grundlegend geändert hat. Auch in den früheren Arbeiten über Ernährungsbudget, wie z. B. in dem Artikel von Schütz (l. c.), ist auf die Herkunft der Kalorien, d. h. ihre Verteilung auf Eiweiß, Fett und Kohlehydrate besonderer Wert gelegt. Bei Schütz entfielen in seinen Berechnungen von der aufgenommenen Kalorienzahl:

15 Proz. auf Eiweiß, 35 Proz. auf Fett, 50 Proz. auf Kohlehydrate.

Bei Rubner:

19 Proz. auf Eiweiß, 30 Proz. auf Fett, 51 Proz. auf Kohlehydrate.

Ein Vergleich der einzelnen Speisestellen ergab an Anteilen von Eiweiß, Fett und Kohlehydraten an der Kaloriendeckung folgende Durchschnittsprozentzahlen:

1907 Volksküche	1921 Palästra	
13,1 Proz.	17,9 Proz.	Eiweiß
13,6 „	28,1 „	Fett
73,3 „	53,9 „	Kohlehydrate
Arbeiterwirtschaft	**Volksspeisehaus**	
16,1 Proz.	20,2 Proz.	Eiweiß
67,0 „	34,5 „	Fett
19,0 „	61,0 „	Kohlehydrate

Anmerkung bei der Korrektur. Inzwischen ist die Differenz noch größer geworden, die Steigerung der Nahrungsmittelpreise ist nicht in dem Maße gewachsen, wie der Wert der Mark gesunken ist. April 1922.

Restaurant	Restaurant	
29,0 Proz.	13,7 Proz.	Eiweiß
58,3 „	41,0 „	Fett
18,8 „	45,2 „	Kohlehydrate.

Die gegenübergestellten Zahlen lassen erkennen, daß das Restaurant seine Speisendarbietung gegenüber der Friedenszeit erheblich geändert hat. Kohlehydrate in den verschiedensten Formen sind als billige Kalorienlieferer weitgehend herangezogen, und zwar besonders auf Kosten des Fettes, und vor allem des Eiweißes, das um die Hälfte zurückgegangen ist. Das ist an und für sich nicht zu bedauern, da ja die Restaurantspeisung vorzüglich zur Gaumenreizung dienen sollte, damit der Konsum an Bier, dem eigentlichen Wirteverdienst, gesteigert werden konnte. Unter dem Einfluß der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kriegsnotwendigkeiten scheint sich auch ein großer Teil des Publikums an größeren Genuß von Kohlehydraten gewöhnt zu haben. Immerhin ist die Fettdeckung sehr groß und überragt noch die oben erwähnten Prozentzahlen von Rubner und von Schütz. In noch ausgedehnterem Maße ist die Änderung der Ernährung bei einem Volksspeisehause ersichtlich. Hier ist das teure Fett fast um die Hälfte zurückgegangen, die Kohlehydrate sind fast um das Dreifache gestiegen, während der Anteil des Eiweißes sogar heraufgegangen ist, was auf ein stärkeres Dargebot von eiweißreichen Leguminosen zurückzuführen ist. Die einzelnen Speisezettel, deren Wiedergabe ich hier unterlasse, zeigen das deutlich. Ein Vergleich des Studentenmittagstisches der Palästra mit einer Volksküche ist insofern ungenau, als, wie schon oben auseinandergesetzt, die Palästra durch die Quäkerbeihilfe erhebliche Zuschüsse bekommt. Die Quäkerzulage betrug für je 100 Studenten in einer Woche von 7 Tagen:

Sterilisierte Milch	15 Büchsen à 500 g	Reis	18 kg
Schmalz	9 kg	Nudeln	13 „
Corned beef	2 Büchsen à 6 kg	Zucker	13 „
Weizenmehl	15 kg	Fleischextrakt	1 „
Getrocknete Erbsen	32 „		

Wenn man bedenkt, daß die wöchentliche Ration an Rohmaterialien für je 100 Studenten folgende Tabelle beträgt,

Fleisch	35 kg	Kondensierte Milch	20 Büchsen
Fett	4 „	„ Sahne	10 „
Kartoffeln	350 „	Reis	40 kg
Gemüse	50 „	Fische	10 „
Mehl	8 „	Zucker	10 „
Erbsen	45 „	Speck	9 „
Haferflocken	40 „	Schokoladenpulver	10 „
Graupen	40 „	Gurken	25 „

so ist daraus zu ersehen, welche Beihilfe hierdurch geliefert wird. Es ist darum nicht verwunderlich, daß die Zahlen gegenüber der Volksküche sogar im Vergleich zur Friedenszeit größer sind. Besonders hoch ist der Anteil an Fett, was für die durchweg unterernährten Studenten, welche diesen Mittagstisch benutzen, besonders wichtig ist.

Genauere Untersuchungen über den Stand der Unterernährung unserer heutigen Studentenschaft liegen nur von Friedberger[12]) in Greifswald vor, also einer kleineren Universitätsstadt, welcher 45 Proz. der Studenten als unterernährt berechnet.

Eine Folge des Krieges ist auch die Verschiebung des Verhältnisses zwischen dem animalischen Eiweiß und dem vegetabilischen, das nach Kisskalt ungefähr ein Verhältnis von 1 : 2 darstellen soll.

Folgende Tabelle wird die Verschiebung verdeutlichen. Die absolute Eiweißmenge betrug:

1907		1921	
In der Volksküche	37,3 g	In der Palästra	50,7 g
In der Wirtschaft	39,0 „	Im Volksspeisehaus	37,3 „
Im Restaurant	69,5 „	Im Restaurant	41,4 „

Der entsprechende prozentuale Anteil an animalischem Eiweiß betrug:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1907		1921	
In der Volksküche . . .	45 Proz.	In der Palästra	53 Proz.
In der Arbeiterwirtschaft .	88 „	Im Volksspeisehaus	64 „
Im Restaurant	74 „	Im Restaurant	68 „

Es ist auch hieraus die schon bekannte Tatsache zu ersehen, daß der Fleischverbrauch, wie überhaupt der Verbrauch an teurem animalischem Eiweiß gegenüber der Friedenszeit zurückgegangen ist. Die Ausnahme bei der Palästra ist unscheinbar, da hier dreimal in der Woche billiges Pferdefleisch und das kostenlose Corned beef der Quäker zur Verfügung steht. Von besonderer Bedeutung ist es, daß die Fettquote zwar relativ gesunken ist, aber absolut sehr hoch steht. Dieses außergewöhnliche hohe Angebot an Fett steht vielleicht mit der instinktiven Neigung im Zusammenhang, die Fettquote zu steigern, um die durch den Fettmangel bedingten Schädigungen auszugleichen.

In der Arbeit von Selter und Nehring (l. c.), welche den statistischen Zusammenhang zwischen Ernährung und Tuberkulosesterblichkeit in übersichtlichen Kurven zeigten, konnte mit dem Einsetzen der ausländischen Speck- und Schmalzzufuhr ein Absinken der Tuberkulosesterblichkeit beobachtet werden. Es besteht kein Zweifel, daß, an dem Speisendargebot öffentlicher Speisestellen gemessen, eine erhebliche Besserung der deutschen Volksernährung für alle Kreise eingesetzt hat, ausgenommen vielleicht für jene Bemitleidenswerten, die, im Einkommen auf unterwertigen Kapitalzinsen fußend, ihre Kauffähigkeit verloren haben. Im Gegensatz zu bestimmten Kreisen des Mittelstandes ist der Lohnangestellte, der doch den größten Teil des Volkes ausmacht, recht wohl in der Lage, sich mit seinen gestiegenen Löhnen die nötige Nahrungsmenge, gut zubereitet, zu kaufen. Sogar der Eiweiß- und Fettgehalt der Nahrung ist erstaunlich hoch, wenn auch der Vorkriegsstand noch nicht erreicht ist.

In gewisser Weise ist dem notleidenden Mittelstande, in diesem Falle den Studenten, dadurch in etwas geholfen, daß sie in der Palästra einen besonderen billigen Mittagstisch gefunden haben.

Daß diese Besserung der Ernährung bereits sichtbare Erfolge hat, zeigen deutlich die Schlesingerschen Zahlen und die allgemeinen Beobachtungen. Möge sie auch von Dauer sein! Dann werden vielleicht die Spätfolgen der Hungerblockade, welche uns Gottstein in Aussicht stellt, weniger schwer ausfallen.

Ausreichende und zweckentsprechende Ernährung ist das Hauptmittel, um die Einbuße an Volkskraft und Volksgesundheit, die uns vier entbehrungsreiche Jahre abnahm, wieder wett zu machen und uns damit den Weg zu neuem Aufstieg zu bereiten.

Literaturzusammenstellung.

[1]) v. Drigalski, Hungerblockade und Volksgesundheit. — Siehe auch Bericht über die 42. Versammlung des Vereins für öffentl. Gesundheitspflege zu Nürnberg am 12. und 13. September 1921 in dieser Zeitschrift 1921, Heft 11.

[2]) Schlesinger, Wachstumshemmung der Kinder in den Nachkriegsjahren. Münchener med. Wochenschrift 1920, Nr. 16.

[3]) Cohn, Das Stillen der Mutter vor, in und nach dem Kriege. Berliner klin. Wochenschrift 1921, Nr. 49.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

[4]) Selter und Nehring, Zeitschrift für Tuberkulose, Bd. 35.
[5]) R. Wassermann, Volkswirtschaftliche Betrachtungen zur Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit während des Krieges. Greifswald, Bambergs Verlag, 1920.
[6]) Kestner, Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 9.
[7]) Aron, Berliner klin. Wochenschrift 1920, Nr. 33.
[8]) Kruse und Hintze, Über sparsame und doch ausreichende Ernährung, und Kruse, Sozialhygienische Mitteilungen, Jahrg. 4, Heft 1. Münchener med. Wochenschrift 1920, Nr. 16.
[9]) Kisskalt, Untersuchungen über das Mittagessen in verschiedenen Wirtschaften Berlins. Archiv für Hygiene, Bd. 86.
[10]) Schütz, Über das Ernährungsbudget. Zeitschrift für Hygiene, Bd. 83.
[11]) v. Voit, Untersuchung der Kost in einigen öffentl. Anstalten. München 1877.
[12]) Friedberger, Untersuchungen über Ernährung und wirtschaftliche Verhältnisse des Greifswalder Studenten im Sommersemester 1920 und im Wintersemester 1920/21. Münchener med. Wochenschrift 1921, Nr. 29, S. 901.

Die Beratungsstellen im Entwurf des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von Landesrat Dr. Karl Vossen in Düsseldorf.

I. Die Bedeutung aller praktischen Geschlechtskrankenfürsorge liegt bekanntlich einmal darin, daß die betreffenden Kranken geheilt werden und man sie dadurch vor den schweren Folgen der Krankheit, insbesondere vorzeitiger Invalidität bewahrt. Der Hauptzweck dieser Fürsorge besteht aber in zweiter Linie darin, daß sie durch Beseitigung der Infektionsquellen die Bekämpfung einer der gefährlichsten Volksseuchen zum Ziel hat und damit zu einem sozial- und bevölkerungspolitischen Faktor ersten Ranges wird.

Eine vom Reichsgesundheitsamt für das Jahr 1919 aufgestellte Statistik[1]) hat ergeben, daß auf 10 000 der Reichsbevölkerung 22 Geschlechtskranke entfallen. Vergleicht man diese Statistik hinsichtlich der zehn größten Städte des Deutschen Reiches mit einer im Jahre 1913 vom Verband deutscher Städtestatistiker aufgestellten Statistik derselben zehn Großstädte, so ergibt sich zwar zahlenmäßig eine geringe Abnahme der Geschlechtskrankheiten von 64 auf 61 geschlechtskranke Personen von 10 000 der Bevölkerung dieser Städte. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß die Beteiligung der Ärzte und Krankenanstalten an den Meldungen im Jahre 1913 im allgemeinen größer war als im Jahre 1919. Man darf also aus diesen Feststellungen höchstens den Schluß ziehen, daß es vielleicht gelungen ist, dem weiteren Anwachsen der Geschlechtskrankheiten Einhalt zu tun. Aber der Beharrungszustand, in dem wir uns vorläufig befinden, bietet trotzdem ein trauriges Bild. Für die Stadt Hannover werden z. B. von dem Direktor des dortigen statistischen Amts auf Grund der Ermittlungen von 1919 folgende Zahlen mitgeteilt[2]): Von je 100 Männern von 15 bis 50 Jahren sind 176 geschlechtlich erkrankt und von 100 Frauen 47, d. h. also, wenn man annimmt, daß von jenen 100 zurückschauenden Männern 15 überhaupt niemals geschlechtskrank gewesen sind, so sind 35 einmal erkrankt, 30 zweimal neu erkrankt und der Rest 3 und mehrmal.

[1]) Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts 1921, S. 408.
[2]) Vgl. Seutemann, Archiv für soziale Hygiene und Demographie 1921, Bd. 14, S. 243.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was besonders die Syphilis betrifft, so ergibt die Statistik von Hannover, daß in der Großstadt jeder fünfte Mann im Alter von 15 bis 50 Jahren an Syphilis krank oder krank gewesen ist. Besonders traurig ist, daß in der Altersstufe von 21 bis 25 Jahren die Zunahme der Syphilis bei den Frauen stärker ist als bei den Männern, namentlich, wenn man bedenkt, daß die Frauen für die Verbreitung der Seuche den gefährlicheren Nährboden abgeben. Hieraus ergibt sich mit erschreckender Deutlichkeit, daß ein Nachlassen in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für unser Volkswohl verhängnisvoll sein würde, namentlich, wenn man die schweren Folgen dieser Krankheiten, insbesondere auch für das kommende Geschlecht, nicht aus dem Auge läßt.

II. Der Entwurf eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten muß daher als eine soziale Tat allerersten Ranges bezeichnet werden, falls es ihm gelingen sollte, das überaus schwierige Problem dieser schwierigsten aller Seuchenbekämpfungen glücklich zu lösen.

Nicht gerade zum Vorteil für die rasche Verabschiedung des Entwurfs hat man diejenigen Vorschriften, welche sich mit der Seuchenbekämpfung als solcher befassen, also die gesundheitlichen und sozialhygienischen Bestimmungen, durch eine Reihe von Vorschriften ergänzt, die das zwar verwandte aber ebenso schwierige Problem der Prostitution betreffen, und durchgreifende Änderungen der bestehenden strafrechtlichen Bestimmungen zum Ziele haben.

Es soll hier nur die erste Gruppe von Bestimmungen behandelt werden, welche die direkte Seuchenbekämpfung betreffen. Diese Vorschriften kann man gliedern in materiell rechtliche Bestimmungen, die in die persönliche Freiheit sehr tief einschneiden, z. B. die Behandlungspflicht der Kranken, die Anzeigepflicht der Ärzte, das Kurpfuscherverbot u. dgl., sowie solche Bestimmungen, die sich mit der praktischen Durchführung und Organisation der Seuchenbekämpfung beschäftigen, d. h. insbesondere mit der Frage, welche Behörden oder Stellen mit der Handhabung des Gesetzes betraut werden sollen und in welcher Weise sich die Tätigkeit dieser Stellen entwickeln soll. Der Erfolg des ganzen Gesetzes wird entscheidend von der richtigen Auswahl und der richtigen praktischen Arbeit dieser Stellen abhängen.

III. Was die praktische Organisation der Seuchenbekämpfung im Entwurf betrifft, so ist es als sein besonderer Vorzug zu begrüßen, daß er an die bestehenden und bewährten Einrichtungen der Beratungsstellen für Geschlechtskranke, wie sie von den Landesversicherungsanstalten auf Anregung des Präsidenten des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann im Jahre 1917 ins Leben gerufen worden sind, im § 14 angeknüpft hat. In der Begründung des Entwurfs wird bemerkt, daß „die vorzüglichen Ergebnisse, die die Tätigkeit dieser Beratungsstellen bisher gehabt haben, auf die Notwendigkeit hinweisen, den Ausbau der bestehenden und die Begründung neuer Stellen mit allen Mitteln zu fördern."

Um aber den Ausbau in der richtigen Weise vornehmen zu können, ist es notwendig, den gegenwärtigen Stand der Beratungsstellen einmal etwas genauer ins Auge zu fassen. Hierbei wird sofort eine durchgreifende Unterscheidung zu machen sein zwischen denjenigen Landesversicherungsanstalten, die in ihren Beratungsstellen für Geschlechtskranke

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neben der späteren Überwachung lediglich eine beratende Tätigkeit im engeren Sinne des Wortes ausüben, d. h. die Diagnose nachprüfen lassen und den Kranken die notwendigen Ratschläge erteilen, wie und wo er sich eventuell von seiner Krankheit heilen lassen kann, und denjenigen Landesversicherungsanstalten andererseits, die darüber hinausgehend neben der Beratung den in Betracht kommenden Kranken eine vollständig kostenlose Kur gewähren. Nach den in der Rheinprovinz gemachten praktischen Erfahrungen bleibt die ganze Arbeit der Beratungsstellen mehr oder weniger unfruchtbar, wenn sie sich lediglich auf die erstgenannten Aufgaben, nämlich die Beratung und Überwachung, beschränken, denn wenn auch guter Rat teuer ist, der Geschlechtskranke will und muß von seinem Leiden befreit werden, nur dann wird er den Weg zur Beratungsstelle finden, und nur dann gelingt es auch, die Infektionsquelle, die er darstellt, zu verstopfen und der Weiterverbreitung der Seuche entgegen zu arbeiten. In den Bezirken der Landesversicherungsanstalten Rheinprovinz und Westfalen werden nicht nur die Geschlechtskranken, soweit sie versichert sind, sondern auch soweit sie dem Kreise der versicherten Personen wirtschaftlich oder sozial nahe stehen und bedürftig sind, einer vollständig kostenlosen, diskreten und nach dem Stande der ärztlichen Wissenschaft ausreichenden Kur auf Kosten der Landesversicherungsanstalt unterzogen, und zwar durch einen Arzt, den sich der Kranke selbst wählen kann. Negativ ausgedrückt erhalten also alle diejenigen Geschlechtskranken, welche eine Kur selbst nicht bezahlen können, Heilung und Kur, unter Umständen auch in Krankenanstalten, in Bädern und Heilstätten, d. h. also eine Kur, wie sie sich in solchem Umfange ein Privatpatient bei den heutigen hohen Kosten für Arzthonorar und Arzneimittel kaum in allen Fällen leisten kann. Diese Heilfürsorge der Landesversicherungsanstalt wird auf Grund des § 1274 der Reichsversicherungsordnung als rein freiwillige Maßnahme zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung übernommen, womit die Landesversicherungsanstalt freiwillig und, wie betont werden muß, vorläufig eine Aufgabe übernommen hat, die an sich dem Reich oder Staat als den Träger der öffentlichen Gesundheitspflege obliegt. Durch Abschluß von Verträgen mit den Krankenkassen und anderen Versicherungsträgern, den Sonderanstalten, Knappschaftsvereinen, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, den Eisenbahnbetriebskrankenkassen usw. ist für diejenigen Versicherten, die den genannten Versicherungsträgern angehören, eine Behandlungsgemeinschaft mit der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz ins Leben gerufen worden, wonach die Fürsorge für sie, also auch z. B. für die bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versicherten Angestellten und deren Familienangehörige, von den Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz durch Bewilligung einer Kur im Einzelfalle sofort praktisch ausgeübt wird. Die Kosten der Kur werden alsdann später dem in Frage kommenden Versicherungsträger in Rechnung gestellt. Im Jahre 1921 sind auf diese Weise von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz für 18 134 Kuren 4 350 286 M. an reinen Behandlungskosten aufgewendet worden. Die reinen Kurkosten betrugen also durchschnittlich 239,89 M. im Einzelfalle (für 1920 waren für 15 372 Kuren 2 342 238 M., also je Kur 152,37 M. aufgewendet). Zu der genannten Summe traten für 1921 noch 214 827 M. Kosten der Beratungsstelle (per-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sönliche: für leitenden Arzt und Bureaupersonal und sachliche: für Miete, Inventarabschreibung, Neuanschaffungen), sowie 130 600 M. an Kosten der Beratung (Blutuntersuchung, Reisekosten, Lohnausfall der Patienten), so daß im ganzen für die Geschlechtskrankenfürsorge 4 695 714 M. im Jahre 1921 in der Rheinprovinz aufgewendet wurden (im Jahre 1920 2 562 023 M.). Nach Mitteilungen des Reichsversicherungsamts[1]) sind im vorhergehenden Jahre 1920 rund 7½ Millionen Mark von sämtlichen Landesversicherungsanstalten im Interesse der Geschlechtskrankenfürsorge aufgewendet worden. Für 1921 stehen die Gesamtziffern für das Reich noch nicht fest.

Zusammenfassend muß auf Grund der praktischen Erfahrung in der Rheinprovinz gesagt werden, daß eine wirksame Tätigkeit im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten durch die Beratungsstellen nur dann ausgeübt werden kann, wenn diese Stellen nicht lediglich beraten, sondern auch kostenlose Kuren allen denjenigen Personen gewähren, die selbst eine solche Kur nicht bezahlen können. Die weitere Entwicklung muß also zu einem entsprechenden Ausbau dieser Organisation bei allen Landesversicherungsanstalten in allen Teilen des Reiches führen.

Der Vollständigkeit halber sei noch hervorgehoben, daß neben der Beratung und Behandlung der Geschlechtskranken als dritte Aufgabe der Beratungsstellen die genaue Überwachung und Kontrolle der Kranken bis zur vollständigen Heilung oder wenigstens bis zur Beseitigung der Ansteckungsgefahr bestehen bleiben muß, wie dies ja gegenwärtig schon in mehr oder minder durchgreifender Weise von allen gegenwärtigen Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten im ganzen Reiche geschieht.

IV. Die neuen Bestimmungen des Gesetzentwurfs betreffend die Organisation und Tätigkeit der Beratungsstellen lassen sich kurz wie folgt zusammenfassen:

1. § 14 bestimmt, daß im ganzen Reichsgebiet öffentliche Beratungsstellen für Geschlechtskranke in ausreichender Anzahl vorhanden sein müssen, und ferner, daß die Voraussetzungen ihrer Zulassung und ihr Aufgabenkreis durch Ausführungsbestimmungen geregelt werden sollen, welche die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats erläßt. Wir haben es hier mit einem Rahmengesetz zu tun, dessen wesentlicher Inhalt erst durch die Ausführungsbestimmungen geschaffen werden soll.

2. In § 8 des Entwurfs wird aber bereits ein wesentlicher Teil des Aufgabenkreises der Beratungsstellen festgelegt, indem hier bestimmt wird:

„Wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich behandelt, hat der in § 14 bezeichneten Beratungsstelle Anzeige zu erstatten, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht oder wenn er andere infolge seines Berufs oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet. Kommt der Kranke den Anweisungen der Beratungsstelle nicht nach, so hat diese der in § 3 bezeichneten Gesundheitsbehörde Kenntnis zu geben."

Lebhaft ist zu begrüßen an dieser Bestimmung, daß die Beratungsstellen und nicht das Gesundheitsamt als diejenige Stelle bezeichnet wird, an die der Arzt seine Anzeige richten soll, und daß die in § 3 bezeichnete

[1]) Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts von 1921, S. 425.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gesundheitsbehörde erst dann in Tätigkeit tritt, wenn den Anweisungen der Beratungsstelle seitens des Kranken nicht Folge geleistet wird. Die Erfahrungen in der Praxis gehen dahin, daß nur eine freiwillig aufgesuchte und in Anspruch genommene Beratungsstelle das Vertrauen des Kranken genießt, und daß alle Zwangsmaßnahmen, welcher Art sie auch immer sein mögen, bei der Natur der Krankheiten und der Psyche der Erkrankten, diese Stelle unbedingt derart diskreditieren würde, daß sie alsbald zum Verdorren käme. Die Beratungsstelle bleibt also auch im Entwurf eine freiwillig aufgesuchte, ohne Zwangsmittel arbeitende Fürsorgestelle für alle diejenigen Kranken, welche ihre Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Die Gesundheitsbehörde (§ 3 des Entwurfs) tritt erst bei den böswilligen und leichtfertigen Kranken mit ihren Zwangsmaßnahmen, insbesondere der zwangsweisen Unterbringung in einem Krankenhaus, in Tätigkeit. Wie die Begründung zum Entwurf mit Recht hervorhebt, soll die Beratungsstelle also auch in Zukunft das natürliche Bindeglied zwischen den Kranken und dem Arzt einerseits und der Gesundheitsbehörde andererseits werden.

So glücklich aber auch diese Abgrenzung der behördlichen Organisation ist, so wenig befriedigend hat der Entwurf in § 8 die ärztliche Anzeigepflicht selbst geregelt. Es soll in diesem Zusammenhang nur ganz kurz hinsichtlich dieser viel umstrittenen Frage darauf hingewiesen werden, daß eine praktische Wirksamkeit jener beschränkten Anzeigepflicht des Entwurfs wohl nicht beschieden sein wird, weil die Voraussetzungen dieser Anzeigepflicht viel zu dehnbar sind und der Beurteilung und dem Gewissen des Arztes einen viel zu weiten Spielraum lassen. Sollte in den weiteren Verhandlungen des Reichstagsausschusses keine praktisch brauchbare Lösung dieser Frage gefunden werden und es bei der beschränkten Meldepflicht des Entwurfs verbleiben, so muß zum allermindesten eine scharfe Strafbestimmung des Gesetzes für den Fall der Verletzung selbst jener beschränkten Meldepflicht gefordert werden. Diese Forderung wird auch von allen gewissenhaften Ärzten in ihrem eigenen Interesse unterstützt werden, indem auch für den Arzt die Strafbestimmung dem Kranken gegenüber als Erleichterung dient[1]).

V. Wie nun im einzelnen die Organisation der Beratungsstellen und ihre Tätigkeit nach dem Gesetz und den Ausführungsbestimmungen aussehen wird — diese wichtige und für die ganze Wirksamkeit der schönen Bestimmungen des Entwurfs entscheidende Frage —, liegt noch vollständig im Dunkeln. Ebenso ist noch ungelöst die hiermit unmittelbar im Zusammenhang stehende Frage, wer die finanziellen Lasten der Beratungsstellen tragen soll. Es sei gestattet, auf Grund einer längeren praktischen Arbeit für diese Fragen in ganz kurzen Umrissen den Weg einer Lösung vorzuschlagen:

A. Organisation.

Die auf Grund des § 14 des Entwurfs zu schaffenden Beratungsstellen sind die schon bestehenden Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten an allen größeren Orten des Reichs. Außer diesen Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten sind Sonder-

[1]) Vgl. v. Zumbusch, Münchener med. Wochenschrift 1922, S. 478.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beratungsstellen in Kreisen und Gemeinden (z. B. bei den Wohlfahrtsämtern) als besondere Einrichtung dieser Kreise und Gemeinden unzweckmäßig, da sie der für die hier fragliche Spezialseuchenbekämpfung notwendigen zentralen Organisation entbehren. Auch werden diese Sonderberatungsstellen von den Patienten, die in ihrem Wohnort nur ungern sich als geschlechtskrank durch den Besuch einer solchen Kreis- oder Gemeindeberatungsstelle zu erkennen geben, nicht gern aufgesucht. Die Kranken besuchen erfahrungsgemäß lieber die Beratungsstelle in der nächsten größeren Stadt, wo sie unbekannt sind, zumal ihnen auch die Reisekosten vergütet werden.

B. Aufgabenkreis.

Der Aufgabenkreis der Beratungsstellen wird sein:

1. Den Kranken kostenlose und streng verschwiegene Beratung zuteil werden zu lassen, wobei eine Behandlung der Kranken in der Beratungsstelle nicht stattfinden darf, sondern nur eine Untersuchung, soweit diese zur Feststellung der Diagnose und zur richtigen Behandlung des Kranken erforderlich ist. (Klinische, serologische und bakteriologische Untersuchung.)
2. Allen geschlechtskrank befundenen Personen, Versicherten und Nichtversicherten, letzteren, soweit sie bedürftig sind, muß eine vollständige Kur und Ausheilung ihrer Krankheit durch einen approbierten Arzt gewährt werden, den sich der Kranke selbst wählen kann.
3. Die Beratungsstelle hat eine Statistik der Kranken zu führen, ihre Kuren zu überwachen und gegebenenfalls bei böswilligen und leichtsinnigen Kranken der Gesundheitsbehörde Kenntnis zu geben.

C. Kostenverteilung.

Die Kosten der Geschlechtskrankenfürsorge bei den Beratungsstellen zerfallen in

1. Kosten der Beratungsstellen:
   a) persönliche: Gehälter des leitenden Arztes und des Bureaupersonals,
   b) sachliche: Miete, Inventar, Porto usw.
2. Kosten der Beratung:
   a) Blutuntersuchung nach Wassermann, Sachs-Georgi usw.,
   b) Reisekosten,
   c) eventuell Lohnausfall.
3. Behandlungskosten:
   a) Arztkosten,
   b) Arzneimittelkosten,
   c) eventuell Pflegekosten und Hausgeld.

ad 1. b) Die Kosten zu 1. b), d. h. also die Kosten für die Gestellung der notwendigen Räume der Beratungsstellen, für die Beschaffung des Inventars, für die Heizung und Beleuchtung der Räume, sowie deren Reinigung, obliegen den Städten, Kreisen oder Gemeinden, in deren Bezirk die Beratungsstelle errichtet wird. Diese Räume werden in größeren Städten unschwer in Verbindung mit dem Wohlfahrtsamt beschafft werden können. Auch die entstehenden übrigen Kosten der Instandhaltung werden auf die Etats der Wohlfahrtspflege der betreffenden Gemeinden unbedenklich über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nommen werden können. Falls der Bezirk der Beratungsstelle, was wohl regelmäßig der Fall sein wird, eine größere Anzahl Gemeinden umfaßt, könnten, wenn nötig, auch diese Gemeinden, in denen zwar nicht der Sitz der Beratungsstelle ist, auf deren Bezirk sich aber die Tätigkeit der Beratungsstelle erstreckt, entsprechend herangezogen werden.

ad 1. a) und 2. Die persönlichen Kosten der Beratungsstellen [1. a)], sowie die Kosten der Beratung (2.) verteilen sich auf Landesversicherungsanstalt, Sonderanstalt, Reichsversicherungsanstalt, Reich oder Staat im Verhältnis der Zahl der Beratungen, je nachdem es sich um beratene Personen handelt, die bei einem der genannten Versicherungsträger versichert sind oder überhaupt nicht versichert sind. Letzterenfalls entfällt der entsprechende Anteil auf Reich oder Staat.

ad 3. Was die Behandlungskosten (3.) betrifft, so ist zu unterscheiden:

a) Bei Krankenkassenmitgliedern und deren Familienangehörigen werden diese Kosten gemeinschaftlich getragen von den Krankenkassen einerseits und den Landesversicherungsanstalten (Sonderanstalten und Reichsversicherungsanstalt) andererseits. Bisher ist dieses Verhältnis der Beteiligung in den einzelnen Bezirken des Reichs durch Vereinbarungen verschieden geregelt: in der Rheinprovinz, Westfalen, Niederbayern, Thüringen und Westpreußen tragen z. B. Landesversicherungsanstalt und Krankenkassen die Behandlungskosten je zur Hälfte. In Württemberg und im Bezirk der Hansastädte werden die Kosten von der Krankenkasse allein getragen unter Zuschußleistung des betreffenden Staates, und in Württemberg auch der Landesversicherungsanstalt. Bei den meisten anderen Landesversicherungsanstalten werden, wie schon unter III. ausgeführt, Behandlungskosten nur in geringem Umfang übernommen, es kommen also in diesen letzteren Bezirken nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen im wesentlichen nur die Krankenkassen für die Kosten der Behandlung in Frage. Zweckmäßig erscheint eine Verteilung der Behandlungskosten auf Landesversicherungsanstalt (Sonderanstalt und Reichsversicherungsanstalt) und Krankenkasse je zur Hälfte.

b) Bei Nichtkrankenkassenmitgliedern übernehmen die Behandlungskosten Landesversicherungsanstalt, Sonderanstalt und Reichsversicherungsanstalt, sofern es sich um Personen handelt, die bei diesen Versicherungsträgern versichert sind.

c) Bei allen Kranken, die weder einer Krankenkasse angehören, noch bei den unter b) genannten Versicherungsträgern versichert sind, werden die Behandlungskosten von Reich oder Staat getragen, sofern der Kranke diese Kosten nicht selbst aufbringen kann (Bedürftigkeit). Ferner tragen Reich oder Staat die Behandlungskosten bei denjenigen unter a) oder b) fallenden Versicherten, die in Reichs- oder Staatsbetrieben beschäftigt sind, oder deren gesundheitliche Fürsorge von Reich oder Staat schon jetzt ausgeübt wird (z. B. bei Strafgefangenen), sofern nicht eine Krankenkasse für die Kostentragung in Frage kommt (z. B. Eisenbahnbetriebskrankenkasse).

Der hier vorgeschlagene, vielleicht auf den ersten Blick schwierig erscheinende Kostenverteilungsplan ist bedingt durch die Verschiedenheit der Versicherungsverhältnisse der einzelnen Kranken, läßt sich aber in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Praxis, wie die Erfahrungen bei der Rheinprovinz schon jetzt beweisen, bei einer halbjährigen Abrechnung unschwer durchführen. In der Rheinprovinz ist von den beteiligten Versicherungsträgern ein Vertrauensmännerausschuß gebildet, dem die nötigen Unterlagen zur Prüfung der Kostenverteilung vorgelegt werden.

Gerade die Verteilung der nicht unerheblichen Kosten auf möglichst breite und leistungsfähige Schultern wird uns dem Ziel einer freien Kur für jeden bedürftigen Geschlechtskranken näher bringen. Wenn wir dieses Ziel nicht erreichen, kommen wir in dieser für unser Volkswohl entscheidenden Fürsorge keinen Schritt weiter.

Chronik der Gesundheitspflege.

Rassenhygiene und Vererbungslehre.

Von Sanitätsrat Dr. W. Weinberg in Stuttgart.

Wenn wir eine Chronik des genannten Arbeitsgebietes schreiben sollen, so haben wir dabei zu unterscheiden zwischen dem rein wissenschaftlichen Gebiet der theoretischen Rassenhygiene und Vererbungslehre und ihrer praktischen Anwendung. Die Vererbungslehre kommt hierbei nur insoweit in Betracht, als ihre Ergebnisse für die theoretische und praktische Rassenhygiene maßgebend sind. Die Fortschritte, die wir chronistisch verzeichnen können, setzen sich zusammen aus dem Auftreten besonders wichtiger Einzelarbeiten, der Zusammenfassung des Wissensstandes in Hand- und Lehrbüchern, der Gründung von Forschungsanstalten und dem kollektiven Arbeiten von Vereinen und Gesellschaften. In praktischer Hinsicht kommen noch hinzu gesetzliche und behördliche Verfügungen, welche die Rassenhygiene zu fördern oder zu schädigen imstande sind; sie fallen unter den Begriff der rassenhygienischen Politik.

Über einzelne rassenhygienisch beachtenswerte wissenschaftliche Arbeiten und Vorgänge ist hier mehrfach berichtet worden. Wenn diese Berichte künftighin die Form einer Chronik annehmen sollen, so wird es notwendig sein, von einem festen Stande des theoretischen Wissens und der praktischen Forderungen auszugehen. Als geeigneten Zeitpunkt hierfür wählen wir den Beginn des Weltkrieges.

Damals beherrschte, wenigstens in Deutschland, der Mendelismus restlos die ganze Vererbungslehre. Die Kritik der englischen Biometrik konnte als überwunden gelten, die Anfänge neuer Betrachtungsweisen in Amerika waren noch nicht genügend bekannt.

Die Beziehungen zwischen Geschlechtsbestimmung und Vererbung waren durch die Forschungen von Morgan und seiner Schule sowie durch Correns klargelegt, durch Lenz auch der ärztlichen Welt übermittelt. Neben die Stammbaumforschung war das Bestreben getreten, durch Nachweis bestimmter Erbzahlen das Gelten der Mendelschen Regeln zu beweisen; die Geschwistermethode Weinbergs und die Halbgeschwistermethode Ruedins wurden in den Dienst dieser Bestrebungen gestellt, und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ruedin bemühte sich, im Zusammenarbeiten mit Weinberg, sein umfangreiches Material diesem Zwecke dienstbar zu machen und die Wirkungen der einseitigen klinischen Materialauslese auszuschalten.

Weinberg, der sich schon sofort nach seinem Bekanntwerden mit dem Mendelismus im Jahre 1905 mit den Problemen der Polymerie beschäftigt hatte, hatte bereits auf mehrere in dieser Hinsicht deutbare Erscheinungen hingewiesen und auch Ruedin diese Deutungsmöglichkeit seiner Befunde, die von der Erwartung des einfachen Mendelismus abwichen, nahegelegt. Durch die Einführung von Erlebenstafeln in die Vererbungsstatistik konnte eine genauere Feststellung der Erbzahlen erreicht werden.

Die Notwendigkeit der Schaffung von Forschungsinstituten und der rassenbiologischen Registrierung der Bevölkerung war erkannt und mehrfach gefordert.

Auf dem Gebiete der theoretischen Rassenhygiene beschäftigte man sich mit der Frage der Wirkung bestimmter Erscheinungen im Sinne einer günstigen oder ungünstigen Auslese.

Hier war noch viel kritische Arbeit zu leisten. Die übertriebenen Vorstellungen von der Vermehrung der Geisteskranken, Tuberkulösen und Verbrecher waren zwar durch die Kritik von Weinberg, der den Fehler der Pearsonschen Vergleiche aufdeckte, auf ihr richtiges Maß zurückgeführt, ebenso konnte von ihm die von Lenz übertrieben dargestellte Häufigkeit der Syphilis durch Anwendung von Morbiditätstafeln auf ein richtigeres Maß zurückgeführt werden. Besondere Besorgnis hatte die Zunahme der Abtreibung und die Abnahme der Fruchtbarkeit insbesondere bei den höheren Gesellschaftsschichten erregt.

Das Aussterben der Großstädter infolge Unfruchtbarkeit war lange vor Teilhaber durch Böckh in einer wirkungsvollen Natalitätstafel demonstriert und auch von mir in einem Vortrage über Fruchtbarkeit in München 1913 betont worden. v. Gruber behandelte eingehend die Ursachen und Gefahren des Geburtenrückganges. Teilhaber wies insbesondere auf das Aussterben des emanzipierten Judentums hin.

In praktischer Hinsicht wurde in Deutschland weniger die direkte Ausmerzung der Minderwertigen durch Ehehindernisse, Isolierung und Unfruchtbarmachung als die Förderung der Fortpflanzung der Hochwertigen durch Siedlungswesen und Kinderzulagen betont. Die Erweiterung der Indikationen für künstliche Abtreibung, insbesondere auch durch die soziale Indikation, fand keine Gegenliebe.

Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene, die sich schon 1911 mit diesem Problem beschäftigt hatte, faßte ihre Forderungen in einer Stellungnahme zu dem Geburtenproblem Pfingsten 1914 zusammen.

Der Weltkrieg unterbrach diese wissenschaftliche und praktische Arbeit in jäher Weise, er eröffnete aber allerdings auch ein neues Feld literarischer Betätigung, auf das sich insbesondere die Heimkrieger mit Begeisterung stürzten. Auf die vielfach lächerlichen Vorschläge zum Ersatz der Geburten und namentlich der Knabengeburten sei hier nicht weiter eingegangen. Die rein wissenschaftliche Arbeit ging notdürftig weiter, Ruedin brachte 1916 seine Arbeit über Dementia praecox heraus. Noch im Kriege wurde das Deutsche psychiatrische Forschungsinstitut in München gegründet, Ruedin

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Abteilung für Vererbungsforschung und Demographie übertragen und von Weinberg mit Mitteln der Königl. Bayer. Akademie der Wissenschaften in München ein Kataster der württembergischen Geisteskranken angelegt. Aber die gesellschaftliche Zusammenarbeit litt Not. Die Gelegenheit, in großem Stile Propaganda für eine rassenhygienische Weltanschauung zu machen, wurde seitens der dazu am meisten berufenen Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene leider versäumt, ihre Arbeit erschöpfte sich in wiederholten Satzungsänderungen und dem nicht zur Ausführung gelangten Plane eines rassenhygienischen Museums. Die dringende Tagesarbeit beanspruchte aber allzusehr auch im Heimatdienst die Kräfte aller. Als eine erfreuliche Erscheinung war die dem deutschen Volke durch die Not erbrachte Lehre anzusehen, daß es ohne Alkohol zu leben vermochte, die sinnfälligen Äußerungen des Alkoholismus nahmen deutlich ab. Dafür wurden die Feldkrieger mit dem Vergnügen des norddeutschen Schnapstrinkens bekannt gemacht. Die sinnlos verfrühte und im ganzen unfruchtbare Revolution machte dem bescheidenen Erfolg auf diesem Gebiete leider ein Ende. Regierungsseitig war auch vorher wenig geschehen. Zwar wurde das Geburtenproblem 1915 auf dem Kongreß für Volkswohlfahrt endlich auch behördlich entdeckt und die Mutterschaftsversicherung eingeführt, deren rassenbiologische Wirkung übrigens problematisch ist. Aber sonst war von Konsequenz so wenig etwas zu merken wie auf dem Gebiete des Ernährungswesens, dessen einseitig agrarische Leitung ebenso verheerend wirkte wie die Blockade des Feindbundes. Ob mit der Aushungerung der Städte und ganzer Länder, wie Sachsen, rassenbiologische Gesichtspunkte verfolgt wurden, steht dahin.

Auf die rassenhygienischen Folgen des Weltkrieges hier näher einzugehen, muß sich der Chronist versagen. Nur das eine sei betont, sie trafen nicht Deutschland und Österreich allein. Die quantitativen Schädigungen der Bevölkerung beider Gegner waren annähernd gleich, die Fortpflanzungskraft Frankreichs wurde sogar stärker gelähmt als die Deutschlands; nur England, das mit seinen Mannschaften keine sinnlose Verschwendung trieb, wie dies mehrfach bei uns geschah, sondern die Zeit für sich arbeiten ließ, kam verhältnismäßig gnädig weg. Die in England registrierte Flucht der Rekrutierungskandidaten in die Ehe wäre wohl bei gleicher Gesetzgebung auch unsererseits zu bemerken gewesen.

Der Weltkrieg hat neben dem quantitativen Verlust von 40 000 000 Leben durch Tod und Nichterzeugung allen Nationen eine relative Verminderung ihres Bestandes an hochwertigen Individuen gebracht; ob hier große Unterschiede zuungunsten Mitteleuropas und speziell Deutschlands bestehen, ist fraglich.

Groß ist insbesondere auch der Verlust der jugendlichen Leben, auf denen die Zukunft der Rasse in besonderem Maße beruht, und vielfach wird auf die hohen Verluste der Akademiker hingewiesen. Der Vergleich würde aber wesentlich anders ausfallen, wenn man ihm nur die gleichalterigen Gruppen zugrunde legt. Die jugendlichen Altersklassen haben nach einer von mir berechneten und auf einem Kongreß für volkswirtschaftliche Fortbildung in Stuttgart 1920 sowie im Anthropologischen Verein daselbst 1921 demonstrierten Tafel ungefähr dieselben Verluste aufzuweisen wie die Akademiker. Die negative Auslese des Krieges war eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allgemeine, wirkte aber in den unteren Volksschichten naturgemäß unter dem Einfluß des Umsturzes weit gefährlicher. Wir dürfen aber aus dieser Feststellung, welche den Einfluß des rassenhygienischen Kriegsschadens zwar umfangreicher erscheinen läßt als die auch sonst wissenschaftlich unzulässige statistische Betrachtungsweise mit Vernachlässigung des Alters, wenigstens den schwachen Trost ziehen, daß die Verarmung an geistigen Elementen nicht übertrieben groß eingeschätzt werden darf. Eine weit größere Gefahr in dieser Hinsicht stellt der durch die Untätigkeit unserer derzeitigen Regierung, bei der ein ernster Wille in keiner Weise erkennbar ist, wie durch den Wucher der Agrarier und des Handels heraufbeschworene Bolschewismus dar, mit dem meines Erachtens noch keineswegs eine endgültige Abrechnung vorliegt.

Werfen wir, ehe wir auf Einzelheiten eingehen, die Frage auf, ob der Umsturz irgend etwas Vorteilhaftes in rassenhygienischer Hinsicht gebracht, so kann diese Frage allerdings nicht in jeder Hinsicht grundsätzlich bejaht werden. Die Kinderzulagen sind bewilligt, wenn auch deren Höhe von fraglicher Bedeutung ist. Der Familienvater erhält auch erhebliche Erleichterungen auf dem Gebiete des Steuerwesens. Eine besonders hohe Besteuerung des Junggesellen ist aber noch nicht erreicht, erst jetzt eine höhere Besoldung des Verheirateten. Die rassenhygienische Wirkung einer solchen Maßregel ist übrigens auch schwer zu berechnen, ganz abgesehen von der technischen Schwierigkeit, denn sie kann auch für den Minderwertigen und Verschwender einen Anreiz zur Verheiratung geben. Der Rassenhygiene ist ferner in einem Beirat einer Reichsbehörde Vertretung bewilligt, was dabei praktisch herauskommt, steht noch dahin. Das alte Regime hatte gar nichts getan, sondern bloß bureaukratisch überlegen gelächelt. Das darf nicht übersehen werden.

Kehren wir zurück zur Weiterentwicklung der rassenhygienischen Wissenschaft und der Vererbungslehre. Diese steht unter dem Zeichen der Herausgabe einer Reihe von zusammenfassenden Werken.

Schallmeyers Vererbung und Auslese ist 1918 in dritter, 1921 in unveränderter vierter Auflage erschienen, sie stellt auch heute noch ein nicht leicht zu übertreffendes Meisterwerk dar. Mit der Vererbungslehre in engem Zusammenhange steht Bauers bereits 1921 in zweiter Auflage erschienene Konstitutionslehre, ein neueres Werk desselben Verfassers behandelt eingehender die Beziehungen zwischen Konstitution und Vererbung. Auch die Lehrbücher der Vererbungslehre von Häcker, Bauer und Goldschmidt sind in neuen Auflagen erschienen, letzterer hat die bereits 1908 von Weinberg aufgestellte Arbeitshypothese des multiplen Allelomorphismus selbständig ausgebaut und mit Beispielen erläutert. Die Bedeutung des Mendelismus hat durch die inzwischen namentlich durch die Bemühungen von Nachtsheim bekannt gewordenen Untersuchungen der Morganschen Schule erhebliche Änderungen erfahren. Die Anschauung von der absoluten Gültigkeit der Spaltungsregel, wie der Selbständigkeit der Vererbung der einzelnen Erbanlagen ist erschüttert, die Chromosomen erscheinen nicht mehr als einheitliche Gebilde, sie sind zwar nach wie vor als Träger der Erbsubstanz anzusehen, aber eher ein Hindernis wie Träger der selbständigen Vererbung der kleinsten Erbteilchen, der Gene oder Idiomeren (Chromomeren), und der Austausch von Idiomeren zwischen zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sammengehörigen Chromosomen vor Eintritt der Spaltung beeinträchtigt deren Reinheit. Die Lehre von der fluktuierenden Variabilität kommt damit bis zu einem gewissen, vorerst nicht abschätzbaren Grad zu ihrem Rechte. Praktisch sind diese Neuentdeckungen, soweit sich das bis jetzt übersehen läßt, nur insofern von Bedeutung, als bereits Versuche vorliegen, Befunde beim Menschen in diesem Sinne zu deuten und die Aussichten einer bewußten Auslese dadurch verringert werden dürften.

An die Stelle eines größeren Handbuches der Rassenhygiene unter Mitwirkung zahlreicher Autoren ist ein seiner Größe nach verhältnismäßig bescheidenes Buch von Bauer, Fischer und Lenz getreten. Es wendet sich in erster Linie an die Jugend, ist aber darum auch dem Wissenden nicht überflüssig. Sein Rahmen ist fast zu eng für den darin zu bewältigenden Stoff. Darunter hat namentlich der rassenkundliche Teil Fischers gelitten. Bauer gibt in kurzer und klarer Weise die wichtigsten Ergebnisse der experimentellen Vererbungsforschung wieder. Auffallend ist, daß er in seinem Literaturteil die Arbeiten von Correns ignoriert, der schon vor Lenz Deutschland mit den Beziehungen zwischen Geschlecht und Vererbung bekannt gemacht hat. Die Darstellung der statistischen Wirkung der Panmixie, deren erstmalige Darstellung durch Weinberg ebenfalls verschwiegen wird — wie in Bauers Handbuch der Vererbungslehre —, wäre einfacher und mit Raumersparnis zu verbinden gewesen, wenn Bauer bei der früher von ihm adoptierten Gametenmethode des genannten Autors geblieben wäre; auch die jetzt angewandte ist ja keine originelle Leistung.

Lenz ist der Löwenanteil zugefallen. Er behandelt die Hauptfragen der Vererbung beim Menschen wie der theoretischen und praktischen Rassenhygiene. An der Darstellung ist das Streben nach Gemeinfaßlichkeit besonders hervorzuheben, es scheitert allerdings an einigen Punkten an der Schwierigkeit der Probleme wie der Enge des zugemessenen Raumes und enthält auch einiges Unrichtige, auf das an anderer Stelle näher einzugehen ist. Besonders gut geschrieben sind die Kapitel über Vererbung bei Augenleiden, Nerven- und Geisteskrankheiten und über die Vererbung geistiger Anlagen. Zu kurz sind die Ausführungen über die Methodik, und die Bedeutung der Korrelationsmessungen überschätzt Lenz ebenso wie das Ergebnis der Arbeit von Peters über die Vererbung physischer Eigenschaften. Die Wertlosigkeit ersterer für Vererbungsfragen infolge ihrer Abhängigkeit von der Häufigkeit der Anlagen bei vorhandenem Dominanzverhältnis hat Referent lange vor Lenz und präziser dargetan, die Berechnungen von Peters beruhen auf einer Methode, die zu hohe Werte ergibt und daher den Gegensatz zwischen den Korrelationen zwischen Verwandten und denen zwischen geistiger Leistung und Umwelt noch größer erscheinen läßt als er faktisch ist. Dazu kommt noch der von Peters nicht genannte Faktor der Inzucht. Hier hat die sonst so einschneidende Kritik von Lenz entschieden versagt. Die starke Abhängigkeit der geistigen Leistung von Außenfaktoren geht doch aus deren starker Veränderlichkeit bei denselben Individuen bei verschiedenen Prüfungen deutlicher hervor als aus der Untersuchung der Frage nach der Korrelation zwischen Verlausung und Schulzeugnis. Die ganze Fragestellung ist aber falsch, es kann sich nur um die Frage handeln, ob bestimmte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Außenfaktoren für das Auftreten bestimmter Merkmale notwendig sind oder nicht, und soweit das erstere zutrifft, kann ein Rangunterschied der Bedeutung von Vererbung und Umwelt nicht in Frage kommen. Praktisch von Wichtigkeit ist hingegen die Frage, inwieweit äußere Umstände die Wirkungen der Vererbung zu verdecken imstande sind, dazu gehört auch die verschiedene Zuverlässigkeit der Beobachtung.

In der theoretischen Rassenhygiene behandelt Lenz die Wirkungen der natürlichen und sozialen Auslese beim Menschen, nachdem er das Auftreten von idioplasmatischen Abänderungen schon unter Vererbung abgehandelt hat. Die praktische Seite dieser Probleme scheint er nicht hoch einzuschätzen, vielleicht mit Recht. Denn wenn auch im ganzen die natürliche wie die soziale Auslese, abgesehen von der Beigabe der Fruchtbarkeitsunterschiede, eher rassenhygienisch günstig wirkt, und daher die Zunahme mancher Erscheinungen, wie der Geisteskrankheiten, die Frage nach einer Neuentstehung ihrer Anlagen, insbesondere unter dem Einfluß des Alkohols, nahe legt, so ist doch vielleicht eine positive Antwort in diesem Sinne nicht notwendig, weil die zunehmende Erschwerung des Kampfes ums Dasein die Offenbarung minderwertiger Anlagen auch ohnedies erleichtert. Die qualitativen Wirkungen des Krieges betrachtet Lenz nicht mit absolutem Pessimismus. Auch hier sind leider gewisse Ungenauigkeiten nicht vermieden worden. Die Darstellung der Fruchtbarkeit der Verbrecher läßt diese mit 3,5 pro Ehe viel zu gering erscheinen, wenn als Vergleichsobjekt die mit einer ganz anderen Methode gewonnene Normalzahl 5,7 verglichen wird. Hier wäre die Beachtung meiner Ausführungen über die Auslese nach der Fruchtbarkeit, die Lenz wie so manche andere der von ihm benutzten Arbeiten des Referenten einfach totgeschwiegen hat, entschieden für sein Buch vorteilhaft gewesen. Auch die Fruchtbarkeit früherer Zeiten darf nicht nach den Stammtafeln lebender Geschlechter beurteilt werden, die alten Kirchenbücher lehren uns, daß auf die Ehe in den Städten vor dem Dreißigjährigen Kriege kaum drei, auf dem Lande etwa fünf Kinder kamen. Und die verheerenden Wirkungen des Dreißigjährigen Krieges auf die Volkszahl sind eine Tatsache, die mit einem „soll" von einem angehenden Statistiker an dieser Stelle nicht abgetan werden durfte. Arbeiten hierüber liegen ja vor.

Die allzu übermütig spöttischen Bemerkungen, die Lenz bei seiner Berechnung des Anteils der Geburtenverhütung in der Ehe über Statistiker macht, die in vermeintlichem Gegensatz zu ihm auf die dritte Dezimalstelle ebensoviel Wert legen wie auf die dritte Stelle links vom Komma, sind bei Schätzungen selbstverständlich durchaus gegenstandslos, und um so verfehlter, als der Fehler seiner Schätzung nicht bloß in der dritten Dezimalstelle liegt, worüber kein Statistiker außer Lenz ein Wort verlieren würde, sondern weit größer ist. Der Ausfall vor dem Kriege durch Verhütung in der Ehe beträgt nämlich nicht 2 bis 3, sondern 7,7 bis 8 Millionen Kinder pro Jahr und Reich, wenn man die Schätzung des Einflusses der anderen Ehehindernisse nach Lenz gelten und mit ihm die vorzeitige Verminderung außer Betracht läßt. In Wirklichkeit ist der Ausfall geringer, da die Ehe keine 30 Jahre im Durchschnitt dauert. Lenz hatte offenbar das Gefühl, daß da etwas nicht stimmt, was ihn aber nicht veranlaßte, seine Rechnung nachzuprüfen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist leider nötig, sich hier und da mit Lenz über Zahlenprobleme auseinanderzusetzen. Seine eigentliche Begabung liegt nicht auf diesem Gebiete. Sie tritt besonders da hervor, wo es sich um Veranschaulichung und allgemeine Betrachtungen von oft seherischer Größe und daran sich anknüpfende Forderungen handelt. Darum stellt auch das Kapitel der praktischen Rassenhygiene den wertvollsten Teil seines Buches dar. Wir können das anerkennen, auch ohne alles einzelne, was Lenz vorträgt, sklavisch aufzunehmen.

Auf die Einzelheiten des Lenzschen Programms der Bureaukratisierung der Rassenhygiene, worunter ich die gesetzliche Einführung von Ehehindernissen, Steuergesetze usw. verstehe, soll hier nicht weiter eingegangen werden. Sie bieten grundsätzlich nicht sehr viel Neues, und es kommt dabei mehr auf das Wie als auf das Was der Darstellung an. An beiden wird kaum etwas auszusetzen sein, aber es stellt nicht die Hauptsache dar, so sehr dem Deutschen und besonders dem Ostdeutschen das Bureaukratisieren Freude machen mag, was ja auch aus den ewigen Satzungsverhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene hervorgeht, und wenn es einmal daran geht, kann man es ja zweckmäßig kaum anders machen. Gesetze und Satzungen sind aber da, um umgangen zu werden, wo es nottut, besonders allerdings, wenn kein Geist in ihnen herrscht, was hier ja nicht in Betracht kommt, um so mehr aber in unserer neuen Gesetzgebung. Wir haben jetzt ja statt der ärmlichen Reste des aufgeklärten Despotismus glücklich eine Demokratie ohne Aufklärung und einen sozialen Staat ohne soziale Menschen. Und deshalb sind die Aussichten auf gesetzgeberische Erfolge zurzeit trostlos.

Die Hauptsache ist vielmehr in dem enthalten, was unter den Begriff der rassenhygienischen Weltanschauung fällt. Unter diesen fällt aus das vorzügliche Kapitel über die Damenberufe und die Betonung der Notwendigkeit einer privaten rassenhygienischen Lebensauffassung. Dafür, daß Lenz auch die nordische Frage anschneidet, bedurfte es eigentlich kaum einer Begründung. Sie läuft, um uns neuzeitlich auszudrücken, in einen Schrei nach dem rassenhygienisch orientierten Staatsmann aus. Der müßte aber doch wohl auf entsprechend vorbereitete Massen wirken können. Ohne eine Überzeugung von der überwiegenden Notwendigkeit einer Symbiose der nun einmal in Deutschland vorhandenen Rassen — oder einer absoluten, nicht nur sozialen Scheidung derselben — über alle politischen und konfessionellen Gegensätze allein ist eine Erneuerung Deutschlands, wenn überhaupt noch erhoffbar, nicht zu erwarten. Das Geschimpfe der Rechten ist dem ebenso abträglich wie der Unverstand der Linken. Die alten Zustände mit ihrem vielfach faulen Protektionismus und Schmarotzertum sind nicht in jeder Hinsicht wünschenswert und die Gefahr einer Ausnutzung der Rassenhygiene für die keineswegs uneigennützigen Zwecke des Ostelbiertums sehr groß. Warum meldet sich übrigens Lenz selbst nicht als der ersehnte Staatsmann; gewisse Vorbedingungen, insbesondere die der suggestiven Darstellung, sind ihm ja nicht abzusprechen, und an Rücksichtslosigkeit in Durchsetzung seiner Ziele fehlt es ihm ja auch nicht? Die Unabhängigkeit der nordischen Seele vom blonden Typus wird wohl auf manchen nicht unberechtigten Widerspruch stoßen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weniger konsequent ist Lenz in der Behandlung der jüdischen Frage gewesen, und hierfür wäre eine Begründung eher notwendig, um so eher, als sie eine notwendige Ergänzung des nordischen Problems darstellt, und zweifellos weit aktueller ist. Dies zu übersehen und zu leugnen, wäre Heuchelei. Lenz setzt allerdings auseinander, worin die Erfolge der jüdischen Rasse begründet sind, gibt aber kein Mittel an, um ihre Vorherrschaft einzuschränken. Daß es mit den Mitteln des Räuberantisemitismus der 80er Jahre nicht in neuerer Zeit geht, wird er wohl erkannt haben. Die Hauptursache liegt wohl darin, daß, abgesehen von der stärkeren geistigen Auslese, die Habsucht auch der nordischen Rasse im Blute liegt. Wenn aber Lenz die Hanseaten — man kann hinzufügen auch die ostelbischen Agrarier — noch als bessere Geschäftsleute wie die Juden ansieht, so muß hier entweder ein Irrtum vorliegen oder doch ein Hebel zur Änderung zu finden sein. Die Stärkung eines edlen Rassebewußtseins ohne einseitige Selbstüberschätzung kann vielleicht dazu beitragen. Notwendig wäre auch eine Selbstkritik. Solange wir absolute Stümper und Idioten als Künstler und das Gestammel von Analphabeten als deutsche Poesie verherrlichen, ist da nichts zu erwarten, und man müßte eben lernen, den äußeren Erfolg gering zu achten und sich entsprechend dazu verhalten. Sonst stirbt die nordische Seele an eigener Schwäche.

Schwächlich ist auch die Betonung der Approbation rassehygienischer Bestrebungen durch eine Konfession. So erfreulich die Beherrschung der Massen in der Frage der Geburtenprävention durch eine Konfession sein mag, so kann doch deren Approbation keinen entscheidenden Wert haben. Die rassenhygienische Weltanschauung muß davon unabhängig bleiben und auch für die Platz haben, die sich zu einer überkonfessionellen Weltanschauung durchgerungen haben, und der Protestantismus mit seiner mangelhafteren Massenbeherrschung auch auf dem Gebiete der Geburtenfrage kann doch nicht lediglich nach diesem Mißerfolg beurteilt werden. Seine Mißerfolge sind eben die Folge der kirchlichen Bureaukratisierung und Entgeistigung. Eine starke Rasse darf nach der Konfession nicht fragen.

Die Gefahr einer allzu engen Arbeitsgemeinschaft zwischen Rassenhygiene und Kirche liegt in einem Unterliegen der ersteren. Sie muß Selbstzweck sein und bleiben und im Bedarfsfall auch ohne die konfessionelle Approbation und gegen sie ihre Ziele verfolgen. Aber auch die Kirche kann sich nicht restlos in ihren Dienst stellen. Hier liegt ein latenter Konfliktstoff, der auch durch das gelegentliche Zusammengehen von Staat und Kirche nicht dauernd verdeckt werden kann. Anderenfalls müssen wir lediglich die Wiederkehr jener konservativen Lüge befürchten, die mit schnöder politischer und religiöser Gesinnungsriecherei ihre keineswegs selbstlose Herrschaft zu behaupten suchte und ein erbärmliches Zerrbild einer wahrhaft konservativen Weltanschauung darstellte und mit ihrem öden Nützlichkeitsprinzip das von Lenz gesehene Aussterben der „nordischen Seele“ jedenfalls ganz erheblich förderte.

Ziemlich gleichzeitig mit diesem Werk ist ein Lehrbuch von Siemens erschienen, das, vielfach in Abhängigkeit von Lenzschen Gedankengängen befangen, doch in der Darstellung des Stoffs wie in den begrifflichen Auseinandersetzungen eigene Wege verfolgt, und in der Zusammenstellung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tatsachenmaterials und der Methodik übersichtlicher ist als das Lenzsche Werk. Im ganzen hat es mehr analytischen Charakter und geht auf die praktischen Probleme weniger ein als das Buch des Bauer-Fischer-Lenzschen Dreigestirns, einen Vorzug bietet es in der weniger von Liebe und Haß beeinflußten Anführung der Literatur. Beide Bücher müssen gelesen werden, keines von beiden enthebt der Verpflichtung zur kritischen Nachprüfung.

An die deutsche und besonders an die akademische Jugend wendet sich Philalethes Kuhn mit einer Vorlesung „Bedenke, daß du ein deutscher Ahnherr bist"; wir vermißten in ihr aber einen gerade hier besonders angebrachten Hinweis auf die Gefahren des Alkoholismus. Derselbe Verfasser hat dann in Nürnberg bei der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege die Zukunft unserer Rasse behandelt und dabei das ganze praktische Programm der Rassenhygiene entwickelt, im großen Ganzen in so vorzüglicher Weise, daß Lenz diesen Tag als Anbruch eines neuen Zeitabschnitts der Weltgeschichte bezeichnete. In der Diskussion wurde auch die Beseitigung parteipolitischer Bestrebungen in der Gesundheitspolitik gefordert. In einem Punkte kann Kuhn nicht beigepflichtet werden. Der Rückgang der ehelichen Fruchtbarkeit ist allgemein, er kann daher nicht die Folge eines besonderen Mangels an nationalem Sinn bei dem deutschen Volke sein. Er ist im wesentlichen die Folge der wirtschaftlichen Entwicklung und einer übertriebenen und falsch gerichteten individualistischen Weltanschauung. Auch das Individuum muß auf Erhaltung seines Stammes Wert legen, wenn es sich selbst schätzt.

Unter den Einzelarbeiten ist eine solche von Hoffmann hervorzuheben, die, aus der Deutschen psychiatrischen Forschungsanstalt stammend, die Nachkommenschaft der Schizophrenen und Manischdepressiven untersucht. Dem Streben nach Gewinnung von Vergleichszahlen war ein Mangel in der Beherrschung der rechnerischen Theorie hinderlich. Hoffmann suchte aus der Häufigkeit der Kranken unter den Kindern Anhaltspunkte für den Grad der Vererbung bei Dementia praecox, die er als rezessives Merkmal auffaßt, zu gewinnen. Dies war grundsätzlich deshalb verfehlt, weil, wie ich demnächst zeigen werde, unter dieser Voraussetzung bei gleicher Häufigkeit des Merkmals in der Bevölkerung auch konstante Erbzahlen zu erwarten sind, gleichgültig, wie groß die Zahl der maßgebenden Erbteilchen ist. Ein Versuch Hoffmanns, anderweitige Grenzwerte zu gewinnen, war fehlerhaft, weil er nicht mit Wahrscheinlichkeitsrechnung arbeitete. Eine Variabilität der erwartungsmäßigen Erbzahlen innerhalb bestimmter Grenzen kommt allerdings bei Homomerie mit Rezessivität und bei Heteromerie mit Dominanz vor, sie wird aber bedingt durch Fehlen oder Vorhandensein von Unterschieden in der Häufigkeit der einzelnen Erbanlagen, die ein Merkmal beeinflussen.

Einer besonderen Bearbeitung bedarf noch das Problem der Verwandtenehen und der Inzucht in der Bevölkerung. Die Voraussetzung der Panmixie, mit der vielfach gearbeitet wurde, wird nämlich hinfällig, wenn man die Häufigkeit der Blutsverwandtenehen betrachtet, tatsächlich ist ihre Wirkung im Sinne der Inzucht gelegen. Auch andere Momente sprechen für Inzucht, namentlich auf geistigem Gebiete, was ja auch zu verstehen ist. Der Verwendung auf der Voraussetzung der Panmixie beruhender Erbformeln sind damit gewisse Grenzen gesetzt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Bd. 14, Heft 3 bringt den Abschluß einer sehr eingehenden Darstellung des Rückgangs der körperlichen Tüchtigkeit in Österreich von 1870 bis 1912 auf Grundlage der Rekrutierungslisten. Als Ursache derselben, der insbesondere bei dem deutschen Bevölkerungsteil festzustellen war, ist die zunehmende Verindustrialisierung anzusehen. Endlich hat Weinberg in einigen vorläufigen Veröffentlichungen, deren eine bereits 1919 nur v. Gruber und Ruedin in Maschinenschrift zuging, auf die verschiedenfache Deutbarkeit derselben Erbzahlen im Sinne der Rezessivität oder komplizierten Dominanz hingewiesen und den Stichtentscheid von der Feststellung der Häufigkeit der Verwandtenehen bei Trägern des Merkmals verlangt, die er schon 1912 als Reagens auf seltene rezessive Anlagen auf Grund seiner 1908 konstruierten Verwandtschaftsformeln erkannt hatte. Die Feststellungen von Lenz auf Grund von Ruedins Material bestätigen nun die Rezessivität der Dementia praecox-Anlage. Weiterhin hat Weinberg auch eine Theorie der Wirkung der Außenfaktoren aufgestellt und gezeigt, wie unter deren Einfluß die Gewinnung eines klaren Bildes der Erbregeln erschwert wird. Es liegt nahe, anzunehmen, daß der Einfluß der Verwandtenehen von diesem Faktor unberührt bleibt, dies trifft jedoch für keine der beiden Grenzhypothesen für den Einfluß der Außenfaktoren zu. Im allgemeinen muß man daher mit einem ungeauen Ausschlag der Verwandtschaftsehenreaktion rechnen. Daraus folgt, daß die mit ihr sich theoretisch ergebende Möglichkeit der Berechnung der Häufigkeit der rezessiven Erbanlage faktisch keine genauen Werte dafür ergibt, wo ein Einfluß der Außenfaktoren irgendwelcher Art besteht. Ganz abgesehen davon führt auch Inzucht zu demselben Ergebnis.

Zu erwähnen ist noch die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Vererbungswissenschaft im August 1921. Die Verhandlungen sind in der Zeitschrift für induktive Abstammungs- und Vererbungslehre und in den Naturwissenschaften berichtet. In einem Vortrag über Vererbung beim Menschen behandelte Lenz Stammbaumforschung, Statistik und Korrelationslehre, ohne neue Gesichtspunkte vorzubringen. Die Bedenken, welche sich gegen die Statistik vorbringen lassen, sind vom Referenten bereits hervorgehoben — Auslesceerscheinungen, 1913 usw. — und auch privatim Ruedin gegenüber geltend gemacht worden. Trotzdem ist die Statistik notwendig, weil nur sie uns die Zusammenhänge verschiedener Krankheiten auf erbbiologischer Grundlage klar vor Augen zu führen imstande ist. Die Stammbaumliteratur betrifft im wesentlichen nur seltene und daher sozial unwichtige Merkmale. Den geringen Wert der Korrelationsrechnung hat ebenfalls Referent schon 1908 und später mehrfach betont, und ebenso schon 1912 die Bedeutung der Feststellung rezessiver Merkmale durch eine Statistik der Vetternehen. Die Einwände, die Lenz gegen die Tragweite der Geschwistermethode erhob, treffen aber ebenso die Vetternehenmethode, auch hier führt Einfluß äußerer Faktoren zu zweifelhaften Ergebnissen. Ein Versuch von Just, die Geschwistermethode auf ihre Exaktheit experimentell nachzuprüfen, muß als grundsätzlich verfehlt betrachtet werden; die Exaktheit einer mathematischen Methode ist nur mathematisch prüfbar und dies bereits seitens des Referenten geschehen. Eine kleine theoretische Ungenauigkeit der Methode, die unter gewissen Voraussetzungen in Betracht kommt, blieb selbstverständlich bei dem Versuche von Just unentdeckt.

Zu bedauern ist, daß die Diskussionsbemerkungen nicht wiedergegeben sind.

Nach langer Pause ist das erste Heft des 14. Bandes des Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, jetzt im Verlag von Lehmann, erschienen. Hoffentlich sind damit die bisherigen Schwierigkeiten für das regelmäßige Erscheinen der Zeitschrift beseitigt, die als Neuerung eine umfangreiche Zeitschriftenschau bringt. Unter den Abhandlungen sind besonders hervorzuheben ein Nekrolog Schallmeyers aus der Feder v. Grubers, ferner

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein kleiner Artikel von Spindler über die Häufigkeit von Verwandtenehen in drei württembergischen Dörfern (2 Proz. Ehen erster Vettern hier lassen auf etwa 1 Proz. für ganz Württemberg schließen), sowie eine Untersuchung von Fleischer über sechs Generationen eines Geschlechtes mit myotonischer Dystrophie und andere degenerativen Merkmale.

Nachzutragen ist noch ein Artikel über Familienstatistik im Allgemeinen statistischen Archiv von Mayrs von Weinberg, in dem u. a. auf weitere Fehler infolge einseitiger Materialauslese hingewiesen wird, insbesondere auch bei Betrachtung der Kindersterblichkeit bei nach der Geschwistermethode behandeltem Material. Es wird sich als notwendig erweisen, sowohl die Nachkommenmethode wie die Geschwistermethode auf dasselbe Material anzuwenden, wenn man die Frage einer Auslese rassenbiologisch durch die Kindersterblichkeit näher prüfen will. Das württembergische Kataster der Geisteskranken liefert hierzu Material.

Im Gegensatz zu dem neueren Aufschwung der Vererbungs- und rassenhygienischen Literatur ist die Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene noch immer nicht wieder aufgenommen, hoffen wir, daß dies bald anders wird. Auch die Berliner Gesellschaft für Bevölkerungspolitik scheint nach ursprünglich großem Redeschwall im heimischen Sande zu verlaufen.

Im Gegensatz zu dieser und manchen anderen vom rassenhygienischen Standpunkt bedauerlichen Erscheinungen, wie die Versuche zur gesetzlichen Einführung eines Abtreibungsrechtes, ist das Fortschreiten des Verständnisses für Rassenhygiene in Schweden zu verzeichnen. Es hat seinen Ausdruck in der Gründung eines Staatsinstituts für Rassenhygiene unter Lundborgs Leitung gefunden, dem wir diesen Erfolg seiner mühevollen Lebensarbeit von ganzem Herzen gönnen. Außer einem Werke über schwedische Rassentypen mit zahlreichen Abbildungen ist aus seiner Feder eine Arbeit über rassenbiologische Übersichten und Perspektiven zu verzeichnen, in dem insbesondere die Gefahren der Industrialisierung hervorgehoben werden. Andere Arbeiten desselben Verfassers betreffen die Beziehungen zwischen Rassentypus und Tuberkulose und den ungünstigen Einfluß der Rassenmischung.

Hier haben wir es mit sozialanthropologischen Arbeiten zu tun. Auf die Besprechung der Sozialanthropologie von Plötz müssen wir leider verzichten, da sie bisher nicht zugänglich war.

Im ganzen können wir einen erfreulichen Aufschwung der Arbeit im Dienste der Rassenhygiene verzeichnen. Möge er andauern und der Bewegung auch zu praktischen Erfolgen verhelfen.

Wir kommen nun noch zur Frage der praktischen rassenhygienischen Gesichtspunkte in Gesetzen und gemeinnützigen Betrieben aller Art.

Ansätze dazu sind in den gesetzlichen Bestimmungen über Bekämpfung der Syphilis, der Ausgestaltung der Besoldung und Steuergesetzgebung zweifellos vorhanden. Das alte Regime hat in letzterer Hinsicht nichts geleistet, der Junggeselle und das kinderlose Ehepaar war noch mehr begünstigt wie heute. Es ist grundsätzlich immerhin etwas, daß jetzt Kinder- und Frauenzulagen eingeführt sind und die Kinderzahl bei der Steuerbemessung berücksichtigt wird. Darüber kann man im Zweifel sein, ob die frühzeitige Erreichung eines hohen Gehaltes diesen Vorzug der neuzeitlichen Gesetzgebung nicht wieder aufhebt. Wenn sie zu frühzeitiger

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eheschließung und nicht zu leichtfertiger Vergeudung führt, so kann sie als unbedenklich und selbst als nützlich erscheinen. Was hier vorwiegt, ist nicht leicht zu entscheiden.

Hingegen können wir uns von der neuzeitlichen Gestaltung des Schulwesens in rassenhygienischer Hinsicht nicht allzuviel versprechen. Der nötige soziale Ausgleich konnte weit eher dadurch erreicht werden, daß dem begabtesten Volksschüler die Versetzung in eine höhere Schule erleichtert würde, statt daß jetzt die Begabten mit Gewalt mit den Unbegabten 4 Jahre lang zusammengepfercht werden. Wer denkt da nicht am Pegasus im Joche! Allerdings halten wir auch die Einführung besonderer Begabtenschulen mit Unterstreichung des Titels nicht für glücklich, sie laufen Gefahr, zu Brutstätten der Eitelkeit und Anmaßung zu werden, und die Kriterien, nach denen in Berlin die Begabung festgestellt wird, halten wir auf Grund der bekanntgegebenen Beispiele doch für höchst fragwürdig. Das sind Dressurergebnisse auf Mundfertigkeit und keine Proben auf wirkliche Tüchtigkeit. Alles gute, was eine wirklich demokratische Regierung leisten könnte, wird wett gemacht durch die Preisgabe aller Bestimmungen, welche wie in den letzten Jahren den Alkoholismus und damit auch die Gefahr der Geschlechtskrankheiten noch einzudämmen imstande waren. Irgend eine Lehre aus den Erfahrungen des Krieges wurde bis jetzt nicht gezogen.

Wir behalten uns ein Eingehen auf einzelne Kapitel der Gesetzgebung für das nächste Jahr vor, schon deshalb, weil mit einer sofortigen unkritischen Registrierung von Gesetzen und ministeriellen Sprüchen nicht viel gewonnen ist. Übrigens gibt das Buch von Lenz eine Reihe wichtiger Hinweise auf notwendige Gesetzesbestimmungen, und man kann nicht verlangen, daß die Gesetzgebung von rassenhygienischem Geiste trieft, nachdem es bisher an einer entschiedenen rassenhygienischen Propaganda gefehlt hat. Das einzige, was etwa noch zu verzeichnen wäre, ist die Einsetzung eines rassenhygienischen Beirats im Reichsamt des Innern. Es kommt aber sehr darauf an, in welchem Geist er arbeitet, und da er wohl ausschließlich aus Berlinern besteht, so ist ein exspektatives Verhalten zu seinen Leistungen äußerst angezeigt.

Wir können diesen Bericht nicht schließen, ohne des Todes von Dr. Riffel in Karlsruhe, Dozent der Hygiene, zu gedenken. Er starb, nahezu 90 Jahre alt, am 11. März 1922. Seine Bemühungen um den Nachweis einer individuellen erblichen Anlage zur Tuberkulose durch Familienforschung sind in vier seit 1889 erschienenen Schriften niedergelegt. Er war somit einer der Pioniere der Rassenhygiene. Sein Verdienst ist unbestreitbar, wenn er auch in der Unterschätzung der Infektion zu weit ging. In einem Bericht der Petitionskommission der ersten badischen Kammer (Nr. 122, Beilage zum Protokoll der 19. Sitzung derselben am 13. Juli 1912) findet sich eine ergötzliche Schilderung seiner Bemühungen um Staatsunterstützung für seine Arbeiten und ihre Durchkreuzung durch verschiedene Medizinalbureaukraten, und S. 10 insbesondere verweist er auf die manchmal sinnlose Verschwendung in experimentellen Laboratorien. So wurde ein 5000 M. kostender Versuch, die Ursache des Brechdurchfalls in durch Verfütterung von Herbstzeitlose vergifteter Milch nachzuweisen, dadurch hinfällig, daß die Kühe, was man hätte wissen können, diese überhaupt nicht fraßen. Einen offiziellen, bakteriologisch gerichteten Konkurrenten für seine Art der Familienforschung bezeichnet er als einen jungen Mann, der den Standpunkt des Ministeriums gegenüber der Tuberkulose genau kannte, und daher auch genau wußte, was er zu tun hatte. Riffel war 1848 der Schule entlaufen, um in Holstein mitzukämpfen, mußte dann aber, ohne dies zu erreichen, im badischen Heere mitmeutern, und erzählte höchst ergötzlich, wie er die Schlacht von Waghäusel mitmachte, dann desertierte und wieder in die Schule geschickt wurde. Mit ihm ist ein origineller Mensch von aufrechtem Charakter dahingegangen. Ehre seinem Andenken!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, Bd. 14, Heft 1, 1922.
Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Bd. 14, Heft 3, 1921.
Bauer, Konstitutionelle Disposition bei inneren Krankheiten, 1. Aufl. 1917, 2. Aufl. 1921. Berlin, Springer.
Bauer, Sieben Vorlesungen über allgemeine Konstitutions- und Vererbungslehre. Berlin, Springer, 1921.
Bauer, Fischer, Lenz, Grundriß der menschlichen Vererbungslehre und Rassenhygiene.
Hoffmann, Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin, Springer, 1921.
Kuhn, Die Zukunft unserer Rasse. Bericht über die 42. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentl. Gesundheitspflege. Braunschweig, Vieweg, 1922.
Lundborg, Rassenbiologische Übersichten und Perspektiven. Jena, Fischer, 1921.
Peters, Über Vererbung physischer Fähigkeiten. Fortschritte der Psychol., Bd. 3.
Rudin, Studien über Vererbung und Neuentstehung geistiger Krankheiten.
Siemens, Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie. Berlin, Springer, 1921.
Weinberg, Das Kataster der württembergischen Geisteskranken. Ungedruckt.
Weinberg, Grundlagen und Kritik der Vererbungsstatistik. Ungedruckt. Außerdem Münchener med. Wochenschrift 1920 bis 1922. Deutsches statistisches Zentralblatt 1916. Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie, Bd. 59, 1920. Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre, Bd. 6, 1920.

Besprechungen.

Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1920/21. Herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt. Berlin, Reichsdruckerei, 1922. 59 S.

Das Reichsgesundheitsamt hatte im Dezember 1918 eine Denkschrift herausgegeben (Verlag G. Stalling, Berlin), die die Schädigungen der Gesundheit des deutschen Volkes durch die Kriegsverhältnisse darlegte und wohl den leider nicht erreichten Zweck haben sollte, bei den Friedensbedingungen vom Feindbund Rücksicht auf die erbärmliche gesundheitliche Lage unseres Volkes zu erlangen. Die zweite, jetzt vorliegende Denkschrift schildert die weitere Entwicklung der Dinge etwa bis zum Ende des ersten Vierteljahres 1921. Die Ergebnisse werden in folgenden Sätzen zusammengestellt:

„Die Untersuchung über den Gesundheitszustand des deutschen Volkes für die Zeit von Ende 1918 bis in das erste Vierteljahr 1921 ergibt somit:

1. Seit dem zweiten Viertel des Jahres 1920 beginnt eine fortgesetzte Abnahme der vordem erheblichen allgemeinen Sterblichkeit, bei der diejenige an Tuberkulose, Grippe, Wochenbettfieber eine bedeutende Rolle spielten. Die Zahl der Geburten nimmt mit dem zweiten Halbjahr des Jahres 1919 zu, bleibt im Jahre 1920 aber noch hinter dem letzten Friedensjahre 1913 zurück.

2. In den Berichtsjahren übertrafen die Typhus- und Ruhrerkrankungen noch wesentlich die Ziffern der Friedenszeit. Hauterkrankungen, Schädigungen der Bauchorgane, des Herzens und der Gefäße, des Nervensystems waren noch weit verbreitet.

3. Die allgemeine Sterblichkeit an Tuberkulose hat sich zwar seit dem Jahre 1919 vermindert; es ist aber noch eine sehr wesentliche Steigerung der Ansteckungen mit Tuberkulose vorhanden, die sich vorzugsweise auf das frühe Kindesalter erstreckt.

4. Für eine außerordentliche Zunahme der Geschlechtskrankheiten haben sich Anhaltspunkte nicht ergeben.

5. Der Gesundheitszustand der Kinder jenseits des Säuglingsalters hat besonders unter dem Mangel an Milch schwer gelitten und tut sich in gehäufter Skrofulose, Rachitis und Blutarmut kund.

6. An dem Tiefstand der Volksgesundheit ist vorzugsweise der Nahrungsmangel schuld, der zu einer allgemeinen Unterernährung führte. Wohnungs-, Bekleidungs-, Kohlen- und Seifennot sowie die Teuerung verschärfen die Lage.

Die Gesamtbetrachtung läßt für die Berichtszeit also nur bezüglich der Verminderung der Sterblichkeit und der Steigerung der Geburtenziffern eine Besserung der Verhältnisse erkennen. Dieser stehen aber zahlreiche schlimme Zustände gegen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über. Eine weitere Zunahme der erwähnten Ernährungs- und Wirtschaftsschwierigkeiten wie auch etwaige Einbrüche von Seuchen können das sich mühsam behauptende Gleichgewicht zerstören. An dieser Auffassung ändert vorderhand die an sich erfreuliche Tatsache nichts, daß die Abnahme der allgemeinen Sterblichkeit weiter fortschritt und im April 1921 bereits um 1,3 auf 1000 der Bevölkerung geringer war als in demselben Monat des Jahres 1913. Ferner läßt leider die Mitteilung des Gesundheitsrates von Bremen, wonach der Ernährungszustand der Schulkinder sich um 65 Proz. gehoben hätte, keine Verallgemeinerung zu, noch kann sie gegenüber anders lautenden Berichten, z. B. aus Thüringen, als Signal für eine anhaltende Besserung der Ernährungslage gedeutet werden. Noch immer besteht eine große Knappheit an Milch und anderen wichtigen Lebensmitteln und wieder erhebt sich infolge der sinkenden Kaufkraft des Geldes, die eine stärkere Einfuhr aus dem Auslande nicht zuläßt, eine neue Teuerungswelle, während die Wohnungs- und Kleidungsnöte sich in keiner Weise geändert haben.

Ein Versuch, die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustandes des deutschen Volkes, insbesondere bezüglich seiner Kinder, vorherzusagen, ist wegen der Unsicherheit der ihn beeinflussenden Verhältnisse unmöglich. Keinesfalls aber wird man die gesundheitliche Zukunft der deutschen Jugend als ungefährdet bezeichnen können, sondern nur von einer günstigeren Gestaltung der Lebensbedingungen eine glückliche Wendung erwarten dürfen."

Sieht man die Denkschrift im einzelnen durch, so findet man darin eine Menge höchst wichtiger und interessanter Einzelangaben, die in ihrer Gesamtheit sich zu einem sehr wenig erfreulichen Bilde runden. Die Statistik über die Bevölkerungsbewegung von 1918 bis 1920 ist noch nicht vollständig genug, um allerwege eine erschöpfende Darstellung zu gestatten. In der Zunahme gewisser Krankheiten, z. B. des Typhus (1919 in Preußen 19 562 Fälle gegen 8981 im Jahre 1913), der Ruhr, der Hauterkrankungen, der Herz- und Gefäßsystemstörungen, der nervösen Leiden, erkennt man aber deutliche Folgen noch des Krieges, der Not, der mangelhaften Reinlichkeit, der Unterernährung. Die Tuberkulose hat erschreckend um sich gegriffen. Ist die Zahl der Todesfälle an dieser Krankheit auch wieder etwas gesunken gegenüber 1918 als dem schlimmsten Jahre, so ist die Zahl der Infektionen doch nach allen Beobachtungen sehr gestiegen. Allein die Fälle von offener Tuberkulose werden für 1918 auf 400 000 bis 500 000 geschätzt. Zumal das Kindesalter ist in hohem Maße von Tuberkulose ergriffen. Dagegen scheinen die Geschlechtskrankheiten nach den Erhebungen im Winter 1919 doch nicht so gewaltig sich verbreitet zu haben, wie vielfach vermutet wird.

Die Schilderungen vom Gesundheitszustande der Säuglinge und der Kinder überhaupt liefern ein trauriges Gemälde. Nach den Berichten von Entbindungsanstalten kommen schon auffallend viele Kinder mangelhaft entwickelt zur Welt. Ihre richtige Ernährung macht Schwierigkeiten. Exsudative Diathese, Rachitis, Spasmophilie haben sich gemehrt. In München beispielsweise mußten von 18 000 Kindern im zweiten Lebensjahre 15 500 in Fürsorge genommen werden. Die Schulkinder, und zwar bisweilen besonders die aus den Kreisen des Mittelstandes, sind in der Entwicklung zurückgeblieben, blutarm, rachitisch, skrofulös und mit schlechten Zähnen versehen; ihre geistige Leistungsfähigkeit ist gemindert. Die Ernährung der Kinder leidet durch den Milchmangel. Gegen 19,8 bis 24,3 Milliarden Liter Milchertrag im Frieden war 1920 nur noch mit 9,3 Milliarden Liter zu rechnen. Vielfach, nicht nur in Großstädten, standen nur 0,05 Liter und weniger Milch täglich für den Kopf der Bevölkerung zur Verfügung. (Daß trotzdem Inlandsbutter für die Kaufkräftigen in jeder beliebigen Menge erhältlich ist, bedeutet eine — in der Denkschrift nicht ausgesprochene — schwere Anklage gegen den Reichsernährungsminister.)

Die Wohnungsnot, verschärft durch Kohlenknappheit und Kohlenteuerung, wird kurz berührt, ebenso der Kleider- und Wäschemangel, der nach den angeführten Beispielen die gewöhnlichen Annahmen weit hinter sich läßt.

Die vom Osten besonders durch Fleckfieber, Cholera, Pocken drohende Seuchengefahr wird zahlenmäßig belegt. Die Jahre 1920 und 1921 brachten in Deutschland allein 1103 und 502 Fleckfieberfälle, das Jahr 1920 2095 Pockenfälle (gegen 240 im Durchschnitt der fünf letzten Friedensjahre). Die jetzt polnisch gewordenen deutschen Ostprovinzen stellen schon richtige Seuchenherde dar, die polnische Kultur zeigt sich in zunehmender Verlausung, die leider auch in Deutschland nicht ausgeblieben ist.

Abel.

R. Eberstadt. Das Wohnungswesen. Aus Natur und Geisteswelt, Bd. 709. 108 S., 11 Abbild. Leipzig, B. G. Teubner, 1922. Kart. 10 M., geb. 12 M.

Ein kurzer Überblick des gesamten Wohnungswesens, vom Anfang der neuesten Zeit an bis zu den Verhältnissen der letzten Zeit. Sehr zusammengedrängt, aber von der Hand des erfahrenen Verfassers meisterhaft angeordnet. Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Richard Standfuss. Bakteriologische Fleischbeschau. 111 S., 11 Abb., 3 Tafeln. Berlin 1922. 33 M. und 20 Proz.

Alles in allem für den Praktiker sicher ein vortreffliches Buch! — Der Verf. erfüllt seine Absicht, in das Wurzelgebiet der Fleichvergiftungen einzudringen, d. h. diejenigen Krankheiten der Schlachttiere namhaft zu machen, welche in den Gefahrbereich der Fleischvergiftungen fallen, und deren Fleisch dementsprechend einer hoffentlich bald gesetzlich vorgeschriebenen, obligatorischen, bakteriologischen Fleischbeschau zuzuführen ist, in glücklicher Weise. Er hebt mit Recht die Wichtigkeit der Darmerkrankungen von Schlachttieren mehr hervor, als das bisher geschehen ist, und verweist darauf, daß nicht nur bestehende septische Erkrankungen der Tiere, die durch Fleischvergiftungserreger bedingt sind, das Fleisch zur Krankheitsursache machen können, sondern daß dasselbe der Fall sein kann, wenn die etwa vorhandenen Erreger im Darm oder in einzelnen Organen oder Körperteilen, z. B. in der Leber, lokalisiert sind.

Die Angaben von Standfuss über die Technik der bakteriologischen Fleischbeschau (Entnahme der Proben, Züchtung, Identifizierung der Erreger usw.) sind klar und ihre Befolgung ist im allgemeinen empfehlenswert, wenngleich Verf. hinsichtlich der Herstellung der Nährböden und der Vielseitigkeit der „Bunten Reihe" mir etwas zu weit zu gehen scheint.

Auffällig scheint es, daß Standfuss trotz der in der Einleitung angestellten richtigen Beobachtung, daß nur ein wenn auch großer Teil der Fleischvergiftungen durch den Genuß von Fleisch, das von kranken Tieren stammt, bedingt wird und dementsprechend durch die bakteriologische Fleischbeschau zu verhüten ist, sich doch von ihrer obligatorischen Durchführung die gleichen Erfolge verspricht, die die Trichinenschau hinsichtlich der Bekämpfung der Trichinose gehabt hat. In diesem Punkte, wie übrigens auch bezüglich der Ätiologie der sogenannten Fleischvergiftungen und einiger anderer Punkte (Tierversuch an weißen Mäusen usw.), liegen doch wohl zwingende Gründe vor, durchaus anderer Ansicht zu sein wie der Verf.

Was das Kapitel „Botulismus" in diesem Buche in seiner mehr als unvollständigen und manchmal direkt irreführenden (Tierversuch an Katzen) Darstellung soll, ist mir nicht verständlich. Ludwig Bitter (Kiel).

Kleinere Mitteilungen.

Bibliothek für populäre Vorträge.

Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung hat eine Bibliothek für Vortragende errichtet, um deren Bedürfnissen, besonders in Orten ohne größere Bibliotheken, zu genügen. Dank dem Entgegenkommen verschiedener Verleger (B. G. Teubner, Leipzig; Hirzel, Leipzig, u. a.), ferner zahlreicher Autoren, darunter auch Ausländer, die einschlägige Werke oder Sonderabzüge sandten, ist diese Bibliothek schon beachtenswert geworden. Freilich bedarf sie ständigen weiteren Zuwachses, wenn sie ihrem ausgedehnten Zweck gerecht werden soll.

Es ergeht daher die Bitte an alle Autoren, die über Hygiene oder ihr naheliegende Gebiete (allgemeine Pathologie und allgemeine Therapie, Physiologie, Immunität, Konstitution und Vererbungslehre, sexuelle Erziehung, soziale Fürsorge u. a.) arbeiten, Sonderabzüge möglichst in doppelter Zahl an den Reichsausschuß (Dresden-A. 1, Ministerium des Innern, 4. Abteilung, Schloßstraße, ehemaliges königl. Schloß) senden zu wollen; diese Bitte des Reichsausschusses ist übrigens durch Rundschreiben des Reichsministers des Innern an die zuständigen Stellen (Universitäten, Technische Hochschulen, Medizinalämter, Wohlfahrtsstellen u. a.) befürwortet worden.

Aus dem Berichte des Schweizerischen Gesundheitsamtes über das Jahr 1921 ist die starke Verbreitung der Pocken mit 596 Fällen in der Schweiz hervorzuheben, denen in den Jahren 1917 bis 1920 nur 0, 2, 3, 2 Fälle gegenüberstanden. Es handelt sich dabei um Epidemien in den Kantonen Basel, Zürich, Glarus und Aargau, die teilweise erst spät erkannt wurden, aber meist leicht verliefen, so daß insgesamt nur 8 Todesfälle zu beklagen waren. Der Bericht bemerkt, daß die Impfung nur noch in wenigen Kantonen durchgeführt wird, und befürchtet weitere Pockeneinschleppungen in den nächsten Jahren. — Zur Verhütung der Einschleppung von Infektionskrankheiten aller Art ist an den Grenzen eine genaue Gesundheitskontrolle der Ein- und Durchwanderer angeordnet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

OCT 19 1922
Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 8
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

BRAUNSCHWEIG
DRUCK UND VERLAG VON FRIEDR. VIEWEG & SOHN AKT.-GES.
1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des achten Heftes.

Seite

Statistik und Vererbung beim Menschen. Von Sanitätsrat Dr. W. Weinberg, Stuttgart 253

Über den Verlauf der Diphtherie in Schöneberg von 1909 bis 1921. Von Dr. Lucia Hahn, Schulärztin im Bereich des Gesundheitsamtes Schöneberg. (Mit fünf Abbildungen.) 267

Chronik der Sozialen Hygiene. V. Organisation und Studien der Sozialen Hygiene. Von Dr. Alexander Elster, Berlin 275

Besprechungen:

Prof. Dr. A. Bacmeister. Die hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose. (Fürbringer, Römhild) 283

A Half Century of Public Health. Jubilee Historical Volume of the American Public Health Association. (K. Hintze, Leipzig) . 284

Hoepfner. Grundbegriffe des Städtebaues. (Korff-Petersen, Berlin) 285

Adolf Ringling. Die Urquellen gesunden Nerven- und Seelenlebens, des Willens und des Glückes. (Dresel, Heidelberg) . 285

Dr. med. Rau. Die Geschlechtskrankheiten allgemeinverständlich dargestellt. (Dresel, Heidelberg) 286

Alfred Stehr. Grundlegung zur sozialen Hygiene und Politik. 1. Bd.: Die Entwicklung der Gefühle und das Glück. (Dresel, Heidelberg) 286

Privatdozent Dr. Simon (Frankfurt a. M.). Spätrachitis und Hungerosteopathie. (Solbrig, Breslau) 287

Kreisarzt Dr. Nowack (Cottbus). Beobachtungen bei einer Pockenepidemie im Landkreise Gelsenkirchen 1919/20. (Solbrig, Breslau) 287

Kreisarzt Dr. Ickert (Mansfeld). Können durch Benutzung gebrauchter Moorwannenbäder Krankheiten übertragen werden? (Solbrig, Breslau) 287

Lämel. Einführung in die schulärztliche Tätigkeit. (Abel) 287

H. Bischoff. Ernährung und Nahrungsmittel. (Abel) 288

Dietrich und Kaminer. Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie. (Abel) 288

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt 1920 288

Kleinere Mitteilungen:

Sozialhygienische Akademie Charlottenburg 288

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 8.

Statistik und Vererbung beim Menschen.

Von Sanitätsrat Dr. W. Weinberg in Stuttgart [1]).

Die Statistik zwingt uns, mit Zahlen und Zahlbegriffen zu arbeiten, und das ist immer mißlich, wenn man von vornherein damit zu rechnen hat, daß weder die schulmäßige Ausbildung unserer Gelehrten noch auch die Auslese unserer Gelehrtenwelt dazu beiträgt, das Verständnis dafür zu erleichtern. Trotzdem ist sie als Arbeitsmethode unentbehrlich und die Kenntnis ihrer Theorie notwendig, wenn es sich darum handelt, zu exakten Ergebnissen zu gelangen, die erhaltenen Ergebnisse richtig zu beurteilen und die praktische Bedeutung derselben zu erkennen. Sie kann als Methode auch da gar nicht entbehrt werden, wo direkte Versuche mit genau umschriebenen Bedingungen angestellt werden können.

Ich will zunächst nur darauf hinweisen, daß selbst in der Lehre vom Unbelebten, der Physik und Chemie, die Statistik eine erhebliche und entscheidende Rolle spielt. Die Vorstellungen, welche wir auf Grund der kinetischen Gastheorie über die Größe des Moleküls gewonnen haben, die onen- und die moderne Atomtheorie, beruhen wesentlich auf statistischen Auszählungen und auf dem Vergleich von Erwartung und Erfahrung, und auch die Richtigkeit der Voraussetzungen, von denen Gregor Mendel ausging, wurde durch statistische Auszählungen bestätigt. Der weitere Ausbau der Vererbungslehre beruht außerdem ganz wesentlich auf dem Vergleich, der Feststellung der Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung zwischen Erwartung und Erfahrung. Die Abweichung gewisser Zahlenverhältnisse von dem Mendelschema hat uns die Verknüpfung bestimmter Erbanlagen kennen gelehrt, und ebenso die Tatsache der Möglichkeit, diese Verknüpfung zu sprengen. Die Aufstellung von Hypothesen mit Hilfe der Wahrscheinlichkeitsrechnung und ihrer Theorie hat weiterhin zu fruchtbaren Vorstellungen über Häufigkeit, Grad und Art dieser Korrelationen und ihrer Sprengung, über den Zusammenhang der Gene und den Bau der Chromosomen geführt, endlich zu einer entscheidenden Änderung in unserer Auffassung über die Bedeutung der Chromosomen. Wir haben erkannt, daß sie nicht die kleinsten Einheiten der Vererbung, nicht homogen gebaut sind und daß sie nicht die Vermittler der unabhängigen Vererbung der

[1]) Diese Arbeit wurde bereits 1921 der ersten Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Vererbungskunde vorgelegt, kam aber nicht zur Verlesung. Sie ist nur sehr kurz gehalten, weil infolge der sehr eigentümlichen Differenzierung in der Zeit der Aufforderung zu Vorträgen mir nur vier, auch sonst durch intensive Arbeit beanspruchte Wochen zur Verfügung standen. Ihr Inhalt steht seit 1919 fest und ist in den wichtigsten Teilen seither den Herren v. Gruber und Ruedin bekannt. Eine Unterstützung in der Drucklegung der Begründung meiner Gedanken habe ich nicht gefunden; bis diese erfolgt, muß ich Interessenten bitten, sich mit mir persönlich ins Benehmen zu setzen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einzelnen Gene darstellen, sondern ein Hindernis derselben, und diese Erkenntnis ist ihrerseits geeignet, auch die Anwendung der Wahrscheinlichkeitsrechnung zu beeinflussen. Zweifelsohne sind die wertvollsten und dauerhaftesten Ergebnisse da zu erwarten, wo sich Versuch und Statistik ergänzen, wie bei den Zuchtversuchen an Tieren und Pflanzen.

Beim Menschen sind wir im allgemeinen nicht in der Lage, direkte zielbewußte und wohlüberlegte Experimente zu machen; wir müssen uns vielmehr darauf beschränken, a posteriori diejenigen ungewollten Kreuzungsexperimente herauszufinden, welche eine eindeutige Beurteilung ermöglichen, oder aus bestimmten statistischen Erscheinungen das Bestehen bestimmter Vererbungsregeln zu erkennen. So wird uns das ausschließliche Auftreten von Trägern eines Merkmals bei der Kreuzung zweier solcher Träger von besonderer Bedeutung ein Beweis für die Rezessivität und gegen die Homomerie der ihm zugrunde liegenden Gene sein, die Verteilung der beiden Geschlechter wird uns auf die Geschlechtsbedingtheit eines Merkmals, die Häufigkeit der Abstammung seiner Träger aus Ehen naher Blutsverwandter auf seine Rezessivität oder Dominanz oder vielleicht, vorsichtiger ausgedrückt, auf seine vorwiegende Bedingtheit durch rezessive oder dominante Gene hinweisen.

Um aber ein richtiges Bild von der Tragweite und den Grenzen der statistischen Methode zu gewinnen, dürfen wir uns nicht mit der Feststellung einiger positiver, sozusagen spielerisch gewonnener Erfolge begnügen. Wir müssen uns auch mit den Fehlschlägen und deren Ursachen beschäftigen.

Zwei Gesichtspunkte sind hier hauptsächlich maßgebend. Einmal sind die Gene nicht die einzige Ursache der Lebenserscheinungen, diese werden vielmehr auch durch äußere Faktoren beeinflußt. Welcher Art diese äußeren Faktoren und wievielartig sie sind, ist von untergeordneter Bedeutung gegenüber dem Umstande, daß sie in ihrer Gesamtheit ein Hindernis bilden für die Gewinnung exakter Mendelzahlen, indem durch ihre Wirkung Genotypus und Phänotypus nicht zur Deckung gebracht werden können. Das zahlenmäßige Problem, das sich hieraus und aus der damit verbundenen Bildung von Kreuzungsgemischen ergibt, läuft darauf hinaus, ein Bild der maximalen Wirkung dieser Faktoren zu erlangen, und mit Rücksicht auf dieses Problem erscheint die Untersuchung der Kreuzungen zweier Merkmalsträger besonders wertvoll. Wir müssen aber dabei sogleich die Einschränkung machen, daß eine solche Möglichkeit sehr wesentlich abhängig ist von der Voraussetzung einer rein zufälligen Verteilung der äußeren Faktoren auf die einzelnen Individuen. Wo dies nicht zutrifft, sondern Korrelationen irgendwelcher Art bestehen, besonders solche sozialer Art, ist die Gewinnung eines einfachen Maßes des Einflusses äußerer Faktoren mindestens sehr erschwert. Eine solche Korrelation kann aber entstehen durch den Einfluß des Beobachters, der den Phänotypus festzustellen hat. Zweifelsohne wird z. B. der Psychiater imstande sein, diesen bei den Geschwistern eines klinischen Probanden genauer festzustellen, als die nichtärztliche Umgebung derjenigen Geisteskranken, die nicht zur Anstaltserfassung gelangen. Aber das Wissen von der erblichen Belastung ist geeignet, auch den Psychiater in seiner Diagnosenstellung zu beeinflussen, besonders dann, wenn er die statistischen Folgen eines Mangels an absoluter Objektivität nicht einsieht, und es ergibt sich daher neben dem Problem der Häufigkeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht anstaltserfaßter Geisteskranker die praktische Forderung, daß der Phänotypus unter Ausschluß jedes Wissens von erblichen nnd verwandtschaftlichen Beziehungen festzustellen ist, und erst nach Abschluß dieses Ermittlungsverfahrens bei einer genügend großen Anzahl von Fällen die genealogischen Beziehungen festgestellt werden.

Was die früher mehrfach gestellte Frage nach der vergleichsweisen Bedeutung von Außenfaktoren und Erbfaktoren anbelangt, so muß sie in dieser Form als ungenau abgelehnt werden. Ein Einfluß äußerer Faktoren ist nur nachweisbar bei Variabilität der Erbanlagen, und es kann sich also nur um die Frage handeln, ob diese praktisch von solcher Bedeutung ist, daß sie an auffallenden Korrelations- oder Häufigkeitswerten erkenntlich ist. Eine große Rolle spielen aber, wie ich schon 1908 gezeigt habe, die Häufigkeitswerte der maßgebenden Gene und die Art ihres Zusammenwirkens.

Die Frage nach der Zahl und Art der Gene, welche das Zustandekommen eines Phänotypus beeinflussen, ist schon a priori nur dann mit einiger Aussicht auf Erfolg stellbar, wenn das Maß des Einflusses von Außenfaktoren unbedeutend ist, oder wenn es genau berechnet werden kann. Ihre Lösung erscheint heutzutage, wo wir die Zahl der maßgebenden Gene als nicht durch die Zahl der Chromosomen begrenzt erkannt haben und praktisch mit einer unendlichen Zahl von Genen zu rechnen gezwungen sind, weit schwieriger als bisher. Schon die Zahl der mit der Zahl der Chromosomenpaare gegebenen Gene führt zu einer solchen Unzahl von Genotypen und einer noch stärkeren Unzahl von Kreuzungen, daß die statistische Bewältigung ihrer Ergebnisse an der endlichen Größe des Materials wie an der begrenzten Lebensdauer eines einzigen Bearbeiters scheitern würde. Und doch müßten wir die Übereinstimmung dieser so zahlreichen Kreuzungsergebnisse mit der vorausgesetzten Erbregel fordern.

Praktisch kommen wir daher zu dem Ergebnis, daß wir stets mit Genotypen- und Kreuzungsgemischen arbeiten werden, auch wo uns das nicht ohne weiteres zum Bewußtsein kommt. Es kann uns aber ein tröstlicher Gedanke sein, daß auch der Experimentalbiologe davor nicht völlig sicher ist. Die Möglichkeit der Entmischung der Genotypen beim Menschen, bei Tier und Pflanze ist nur graduell verschieden.

Als zweckmäßig erweist es sich, das Problem der Polymerie in ihren verschiedenen Formen mit der Lehre von den Ursachen in Zusammenhang zu bringen. Wir unterscheiden bekanntlich notwendige und fakultative, sich gegenseitig vertretende Ursachen der Erscheinungen. Unter letzteren Begriff fallen die bekannten gleichsinnig wirkenden Gene im Sinne der Lehre von Nilssohn Ehles, die zu einer vielfachen Abstufung einer Erscheinung führen können. Von notwendigen Ursachen sprechen wir, wenn keine derselben entbehrt werden kann, um die Erscheinung zu erzeugen; ein Beispiel dieser Art stellt das Auftreten rotblühender Erbsen bei Kreuzung von weiß- und rosablühenden dar; hier müssen zwei Faktoren verschiedener Art vorhanden sein, um Rot zu erzeugen; ähnliches gilt von den verschiedenen Formen des Hahnenkammes. Beim Menschen sind vielleicht die Fälle von Dementia praecox in dieser Richtung zu erklären und ebenso das manisch depressive Irresein.

Auch das Zusammenwirken von Erb- und Außenfaktoren kann in Form einer gegenseitigen Vertretung und Addition und andererseits in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Form eines notwendigen Zusammenwirkens gedacht werden, und darin liegt die Schwierigkeit, niedere Erbzahlen restlos auf ein Zusammenwirken mehrerer notwendiger Erbfaktoren zurückzuführen. Denn vom Standpunkt der Ursachenlehre wird die Bedeutung einer von mehreren notwendigen Ursachen stets ceteris paribus statistisch um so geringer erscheinen, je mehr Ursachen beteiligt sind, und es kommt dabei nicht darauf an, ob die einzelne Ursache endogener oder exogener Art ist. Eine Verminderung der Erbzahlen wird im allgemeinen die Folge sein. Bei gleichsinnig wirkenden Ursachen wird man stets einen Grenzwert erhalten, der dem Bilde der Monomerie entspricht.

Die Unterscheidung zwischen notwendigen und gelegentlichen Ursachen, die sich innerhalb der endogenen Ursachen durch die Unterscheidung von Heteromerie und Homomerie ausdrückt, hat aber gewisse Grenzen ihrer Zulässigkeit. Zum Höchstmaß einer Erscheinung werden stets alle Gene notwendig sein. Weiterhin wird man zwar mit einer praktisch unendlich großen Zahl von Erbursachen oder Genen, aber nicht mit einer unendlichen Mannigfaltigkeit dieser Erbursachen zu rechnen nötig haben. Wir können uns wohl vorstellen, daß innerhalb derselben notwendigen Ursache eine Homomerie stattfindet. Praktisch wird man sich schon aus dieser Erwägung heraus damit zufrieden geben können, zu zeigen, daß eine gewisse Mindestzahl von Heteromeren notwendig anzunehmen ist.

Homomerie und Monomerie zu unterscheiden, kann uns nur das Ergebnis der Kreuzung zweier Träger rezessiver Merkmale erlauben. Hingegen werden die scheinbar klassischen Mendelzahlen, die wir bei Kreuzung von Trägern und Nichtträgern eines Merkmals erhalten, und ebenso bei Kreuzung zweier Nichtmerkmalsträger, wenn es sich um seltene Merkmale handelt, Monomerie festzustellen, nicht erlauben. Die rein genealogische Darstellung von Erblichkeitsbeziehungen ist dementsprechend auch nicht entscheidend. Die Homomerie ist aber im allgemeinen von untergeordneter Bedeutung. Das Rechnen mit ihr wird nur dann kritisch, wenn sie gleichzeitig auf das Geschlechtschromosom und die neutralen Chromosomen bezogen wird. In diesem Falle müssen die Unterschiede zwischen der Beteiligung beider Geschlechter eine Reduktion erfahren, die unter Umständen mit den Tatsachen nicht verträglich ist. Dies gilt insbesondere für die Versuche von Hoffmann, das manisch depressive Irresein als homomer-dominant zu erklären.

Zurückkehrend zu dem wichtigeren Problem der Heteromerie, in das auch die Probleme der Grundfaktoren und der Epistase und Hemmung einzubeziehen sind, ergibt die theoretische Überlegung folgendes: Im allgemeinen werden die einzelnen heteromeren Gene entsprechend ihrer verschiedensinnigen Wirkung und ihrer zu vermutenden verschiedenartigen Entstehung eine verschiedene Häufigkeit in der Bevölkerung und in deren Gameten haben. Diese verschiedene Häufigkeit ist aber begrenzt durch die empirische Häufigkeit, mit der ihr Zusammenwirken einen bestimmten Phänotypus erzeugt. Wir können, wo derartige Gene zusammenwirken, $x - 1$ derselben eine beliebige variable Häufigkeit zuschreiben, die Häufigkeit des letzten Genes ist aber dann durch die Formel bestimmt, welche die Abhängigkeit der Häufigkeit des Phänotypus von derjenigen aller ihn durch ihr Zusammenwirken erzeugenden Gene darstellt. Daraus folgt nun,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß wir im allgemeinen nicht imstande sind, für eine bestimmte Anzahl von heteromeren Genen eine feste Erbzahl für ein bestimmtes Kreuzungsgemisch erwartungsmäßig zu berechnen, die etwa für den Grad der Heteromerie charakteristisch wäre. Vielmehr ergeben sich im allgemeinen variable Werte mit Grenzwerten, die einfach berechenbar sind. Der eine dieser Grenzwerte ist stets identisch mit dem Ergebnis der Monomerie, und dasselbe gilt auch für Homomerie, der andere hingegen weicht maximal von dem Ergebnis der Monomerie ab. Diesem Grenzwert liegt die Annahme der gleichen Häufigkeit aller Gene zugrunde, die aber, streng genommen, nur bei Homomerie eine innere Berechtigung hat. Bei Heteromerie dürfen wir daher nie erwarten, den einem bestimmten Grad derselben gerade entsprechenden Grenzwert verwirklicht zu finden; wo dies scheinbar der Fall ist, müssen wir entweder mit Einfluß von Außenfaktoren oder mit einem faktisch höheren Grad der Heteromerie rechnen. Das Bild der Monomerie wird uns auf Grund dieser Überlegungen nie erlauben, Polymerie auszuschließen, hingegen ist es unter Umständen möglich, bei weitgehend von ihm abweichenden Erbzahlen Monomerie und bestimmte niedere Grade der Polymerie auszuschließen.

Es ist aber der Fall möglich, daß man keine variablen Erbzahlen erhält, indem beide Grenzwerte zusammenfallen. In diesem Falle besteht das Bild der Monomerie, und es ist dann auch theoretisch unmöglich, den Grad der Polymerie zu bestimmen. Dieser Fall betrifft die wahren Erbzahlen, die man unter der Voraussetzung absoluter Rezessivität eines Merkmals bei nicht ausgelesenem Material erhält. Der in dieser Richtung unternommene Versuch Hoffmanns war also a priori selbst dann falsch, wenn er nicht die Wahrscheinlichkeitsrechnung vergewaltigt hätte.

Hingegen ergibt die Geschwistermethode stets variable Werte. Sie ist auch für die klinische Forschung unentbehrlich, der Kreuzungen zweier Gesunder nicht zur Verfügung stehen, sofern sie nicht kranke Probanden liefert. Dasselbe gilt für Erbzahlen bei Kreuzungen, deren Typus durch die Eltern der Gekreuzten näher bestimmt ist. Ihre Ergebnisse stimmen bei absoluter Rezessivität mit denen der Geschwistermethode überein.

Die Annahme absoluter Dominanz oder Rezessivität eines Merkmals führt aber bei hochgradiger Heteromerie zu dem Ergebnis, daß alle maßgebenden Gene in nahezu 100 Proz. der Gameten vorhanden sein müssen, und diese Vorstellung müssen wir praktisch ablehnen, ebenso wie bei Homomerie die entsprechende absolute Seltenheit aller einzelnen Gene. Beide Vorstellungen sind also Arbeitshypothesen, welche die Aufstellung von Grenzwerten ermöglichen, innerhalb deren die Wahrheit liegen kann. Pathologische Erscheinungen können daher zwar wohl durch hochgradige, aber niemals durch absolute Heteromerie hohen Grades erklärt und auf einen einzigen Genotypus zurückgeführt werden. Wo die Kreuzung zweier Kranker stets Kranke liefert, kann praktisch die Heteromerie nicht allzu kompliziert sein, und diese Überlegung muß auch bei Bearbeitung der Ergebnisse der anderen möglichen Kreuzungsgemische maßgebend sein.

Dominanz und Rezessivität liefern mit steigendem Grade der Heteromerie immer mehr übereinstimmende niederste Grenzwerte der Erbzahlen. Aus diesem Grunde erweist sich die Untersuchung der Häufigkeit der Abstammung von Ehen naher Blutsverwandter als eine wertvolle Ergänzung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf ihren Wert bei seltenen Merkmalen habe ich schon 1912 hingewiesen. Heteromerie liefert dabei niederere erwartungsmäßige Ziffern als Monomerie oder Homomerie gleichen Grades. Es ist daher nicht recht verständlich, warum Lenz nun plötzlich einer Belastung mit 2 Proz. Vetternehen keine Bedeutung zuerkennt. Bei Merkmalen, die teils durch rezessive, teils durch dominante Gene bedingt sind, ist es eine Frage der Häufigkeit der beiden Arten, in welcher Richtung die Blutsverwandtenehen ihren Einfluß erkennen lassen. Bei rein geschlechtsbegrenzten Merkmalen kann beim Menschen nur die Frau einen Überschuß an Abstammung aus solchen Ehen aufweisen.

Die Wirkungen der verschiedenen Erbregeln überdecken sich bei gegebener empirischer Häufigkeit eines Merkmals teilweise. Die Formeln, welche zur Berechnung erwartungsmäßiger Ziffern führen, lassen sich unter Anwendung eines Tricks ganz allgemein für jeden beliebigen Grad der Polymerie gewinnen, stets muß aber dabei von der gegebenen Häufigkeit des fraglichen Phänotypus ausgegangen werden.

Vom Standpunkt des Statistikers besteht das Vererbungsproblem im wesentlichen in der Feststellung der Häufigkeit, mit welcher die einzelnen Gene vorkommen, und man müßte also so viel Kreuzungen untersuchen, als Ursachen einer Erscheinung in Betracht kommen. Damit ist die vollständige Lösung der Vererbungsprobleme beim Menschen praktisch undurchführbar. Wir müssen daher zufrieden sein, wenn wir durch Teilung des Materials in eine genügende Zahl von Varianten und deren Kreuzungen einigermaßen die Richtung erkennen, in der die Wahrheit liegt. Praktisch genügt dies auch. Durch Beachtung der Kombinationen mehrerer konstitutioneller Merkmale können wir noch weiter kommen.

Auf die Bedeutung des von mir erstmals 1908 auf den Menschen angewandten Prinzips des multiplen Allelomorphismus will ich hier nicht weiter eingehen. Es darf nicht überschätzt werden, kann aber für die Feststellung der Beziehungen zwischen Geistesgesundheit und krankhaften Abweichungen nach verschiedenen Richtungen wertvoll sein. Ebenso soll hier nur andeutungsweise betont werden, daß Auslesevorgänge während der fötalen und postfötalen Entwicklung auf die Erbzahlen von Bedeutung sein können, ebenso Mutationen. Nur Vergleiche von in gleicher Weise gewonnenem Material können hier ein Maß der Bedeutung dieser Vorgänge liefern.

Besonderes Gewicht ist hingegen auf die Ermittlung der Ursachen zu legen, welche zur Neuentstehung von krankhaften Erbanlagen führen. Für das Problem der Rolle des Alkoholismus sind die Untersuchungen Ruedins über den Einfluß der Abstammung von trunksüchtigen Eltern ganz besonders wertvoll. Die Steigerung der im allgemeinen sehr niederen Geschwisterziffern ist unter diesem Einfluß stärker als bei direkter Abstammung von Geisteskranken. Hierin und nicht in der breiten und doch unvollständigen Wiedergabe meiner Begründung der Geschwistermethode sehe ich den wesentlichen Kern von Ruedins Arbeit, ebenso in dem Übermaß anderer Geisteskranken, denn dies weist auf erbbiologische Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten und damit ohne weiteres auf Polymerie hin.

Was meine Geschwistermethode selbst anbelangt, so habe ich schon 1913 darauf hingewiesen, daß sie bei Gemischen keine wahren Erbzahlen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liefert. Warum sie trotzdem nicht zu umgehen ist, liegt teils an den Beziehungen, die zwischen ihren Ergebnissen und denen der wahren Erbzahlen auf Grund der empirischen Häufigkeit der Phänotypen bestehen, teils an praktischen Bedürfnissen der Klinik.

Nachzutragen ist noch folgendes: Die statistische Theorie der Vererbung ist bis jetzt stets von der Voraussetzung der Panmixie ausgegangen. Das ist jedoch nur bis zu einem gewissen Grade berechtigt, und wir müssen zusehen, wieweit sie in der Wirklichkeit vorhanden ist. Dies ist an der Hand von über ein ganzes Land sich erstreckenden Feststellungen über den anthropologischen und gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung möglich. Diesem Zwecke kann auch das von mir fertiggestellte Kataster der Geisteskranken dienen. Nur auf diese Weise läßt sich die Auslese der Heiratenden und sich Fortpflanzenden und der Grad der gegenseitigen Anziehung oder Abstoßung gleichartiger ermitteln. Die Feststellungen Pearsons hierüber beruhen auf einer einseitigen Materialauslese. Die mit Panmixie berechenbaren erwartungsmäßigen Formeln für Genotypengemische müssen durch Einführung eines der Erfahrung entsprechenden maximalen Korrelationskoeffizienten der Ehegatten berichtigt werden. Die Formeln für die Erbzahlen werden hierbei nur wenig komplizierter als bei Panmixie.

Durch die vorliegenden Ausführungen hoffe ich gezeigt zu haben, daß das Studium der theoretischen Grundlagen der Vererbungsstatistik notwendig ist, wenn man ein richtiges Bild der gegebenen praktischen Möglichkeiten der Erkenntnis gewinnen will. Die Schwierigkeiten der rechnerischen Betrachtungsweise dürfen nicht überschätzt werden und den nicht abschrecken, der erfolgreich auf diesem Gebiete weiter zu kommen wünscht.

Erläuterungen und Formeln.

Die Zahl der vorkommenden Typen ist bei z-facher Polymerie, soweit es sich nicht um geschlechtsbegrenzte Merkmale handelt, 3^z. Findet bei allen einzelnen Anlagen ein vollkommenes Dominanzverhältnis von A über a statt, so ist sie 2^z.

Die Zahl der diesen Genotypen entsprechenden Phänotypen ist abhängig von der Zahl der gleichsinnig wirkenden Anlagen und der Art des Zusammenwirkens der ungleichsinnigen. Ist erstere $= y$, so ist die Zahl der Phänotypen im Minimum $= (y+1)\,2^{z-y}$ und bei absoluter Homomerie, wobei $y = z$, $= z+1$, wenn ein Einfluß äußerer Faktoren nicht in Betracht kommt. Auch diese Zahl kann unendlich groß sein, wir müssen also mit einer rein genotypisch bedingten fluktuierenden Variabilität und deren Folgen rechnen. Die Zahl der praktisch unterscheidbaren Phänotypen, d. h. Varianten eines Merkmals müssen wir bei hochgradiger Polymerie als noch geringer als $z+1$ annehmen. Für die Erbformeln erhalten wir die Grenzwerte, indem wir nur mit zwei Phänotypen, Trägern (T) und Nichtträgern (N) des Merkmals, oder allenfalls mit einer Zwischenstufe M rechnen. In letzterem Fall ist alles, was nicht T ist, N_t und N nur die höchste Stufe von N_t. Es kommt dann für die Berechnung von Erbzahlen nur darauf an, wie man, einer bestimmten Vererbungshypothese folgend, die Phänotypen abgrenzt.

Die Bevölkerung G besteht dann aus $k_t T + (1-k_t) N$ bzw. aus

$$k_t T + k_M M + k_n . N,$$

a bedeutet eine rezessive, A die entsprechende dominante Anlage.

Wir bezeichnen aa mit R, $Aa + AA$ mit D und die verschiedenen Genotypen nach der Zahl der R- und D-Paare mit $R_x D_y$, wobei $x + y = z$. Bei Homomerie sind alle $R_x D_y$ für gleichen Wert von x und y identisch, bei Heteromerie nicht.

R_z ist der absolute rezessive Grenzwert, D_z die Gruppe der absolut dominanten Genotypen, die jede der verschiedenen dominanten Anlagen mindestens einfach enthalten.

Die Summe der Phänotypen ist dann

$$G = k_{rz} R + k_{dz} D_z + (1 - k_{rz} - k_{dz}) M,$$

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wobei die Werte k stets Häufigkeitskoeffizienten darstellen. Unterscheidet man nur zwei Phänotypen $T_r = N_d$ und $T_d = N_r$, so ist $k_d = 1 - k_r$ und $k_r = 1 - k_d$, wobei aber k_r und k_d von der angenommenen Vererbungshypothese abhängt. Verteilen sich nun die einzelnen Anlagen auf die Bevölkerung rein zufällig, und stellt m_ν die Häufigkeit einer Anlage a_ν, $n_\nu = 1 - m_\nu$ die einer Anlage A_ν dar, dann ist bei z-facher Polymerie k_r = dem Produkt aller z Werte m_ν^2, und wenn das Produkt aller Werte m_ν, die im allgemeinen als verschieden anzusehen sind, $= m^z$ ist, m also den Mittelwert aller z m_ν-Werte darstellt, so ist

$$k_r = m^{2z} \text{ und } 1 - k_{rz} = 1 - m^{2z}.$$

Die Häufigkeit von D_ν ist in diesem Falle $= 1 - m_\nu^2 = n_\nu(1 + m_\nu)$ und daher k_d im allgemeinen gleich dem Produkt von z verschiedenen Werten $1 - m_\nu^2$, und nur wenn alle einzelnen Werte m_ν gleich sind, ist $k_{dz} = (1 - m^2)^z$ und

$$1 - k_{dz} = k_{ndz} = 1 - (1 - m^2)^z.$$

Ist hingegen die Bevölkerung nicht rein zufällig zusammengesetzt, so erhält man

$k_{rz} = rm + (1 - r)\, m^{2z}$ und $k_{nrz} = 1 - rm - (1 - r)\, m^{2z}$,

$k_{dz} = rn + (1 - r)(1 - m^2)^z$ „ $k_{ndz} = 1 - rn - (1 - r)(1 - m^2)^z$.

Man erhält nun Grenzwerte der Erbformeln, indem man entweder alles, was nicht R_z ist, als N_{rz}, oder alles, was nicht D_z ist, als N_{dz} betrachtet und entweder die Häufigkeit von R_z oder N_{rz} oder D_z oder N_{dz} als direkt empirisch feststellbar betrachtet.

Mit der von R_z oder N_{rz} ist dann auch die Häufigkeit von N_{rz} bzw. R_z, mit der von D_z oder N_{dz} die von N_{dz} oder D_z indirekt gegeben und es ist daher möglich die Häufigkeit der m- und n-Werte aus den einfachsten Formeln zu berechnen; diese erhält man durch direkte oder indirekte Bestimmung von k_{rz} oder k_{dz}.

Die Annahme, daß nur ein z-fach rezessiver Genotypus R_z einem rezessiven Merkmal entspreche, schließt also ohne weiteres die Annahme ein, daß ein dominantes Merkmal schon bei Vorhandensein nur eines einzigen dominanten Faktors auftrete, das entspricht insbesondere dem Begriff einer Homomerie eines dominanten Merkmals. Die Annahme, daß nur alle z dominanten Faktorenarten enthaltende Genotypen dominant seien, schließt ohne weiteres die ein, daß ein rezessives Merkmal sich schon bei Vorhandensein eines einzigen aa-Paares offenbare; dies gilt insbesondere für Homomerie bei einem rezessiven Merkmal.

Die Grenzwerte der Erbformeln für dominante und rezessive Merkmale liegen also innerhalb der durch diese Grenzhypothesen berechenbaren Werte und sind von den Bezichungen zwischen m, n und k abhängig, wenn k die empirisch feststellbare Häufigkeit des Merkmals darstellt; es ist dabei also,

wenn das Merkmal rezessiv, $k = k_{rz}$ oder $= 1 - k_{dz}$,

„ „ „ dominant, $k = k_{dz}$ „ $= 1 - k_{rz}$.

Die mit dem Korrelationskoeffizienten r arbeitenden Formeln für k_{rz} und k_{dz} gestatten bei Polymerie nur eine näherungsweise Berechnung von m und n, wobei für r ein Maximalwert anzunehmen ist. Diese Formeln entsprechen dabei der Annahme, daß eine Bevölkerung aus einem Gemisch zweier Bevölkerungen bestehe, von denen seit Generationen die eine reine Panmixie, die andere reine Inzucht betreibt. Der Wert r kann nur geschätzt werden.

Wir rechnen im folgenden zunächst nur mit Panmixie und sehen später zu, was sich ergibt, wenn man diese Voraussetzung aufgibt. Bei Panmixie ist also entweder von

$$m^{2z} = k_{rz} = k \text{ oder } 1 - k$$

auszugehen, und es ergibt sich bei Gleichheit aller m-Werte stets der Mittelwert

$$m = \sqrt[z]{k_{rz}},\ n = 1 - \sqrt[z]{k_{rz}}$$

oder von

$$(1 - m^2)^z = k_{dz} = k \text{ oder } 1 - k,$$

und es ergibt sich

$$m = \sqrt{1 - \sqrt[z]{k_{dz}}},\ n = 1 - \sqrt{1 - \sqrt[z]{k_{dz}}}.$$

Im ersteren Falle ist stets $m^z = \sqrt{k_{rz}}$ eine mit k_{rz} gegebene konstante Größe.

Nehmen wir hingegen an, es seien bei einem rezessiven Merkmal $z - 1$ m_ν Werte praktisch $= 1$, und nur ein Wert m_1 kleiner, so ergibt sich $m_1^2 = k_{rz}$ und $m_1 = \sqrt{k_{rz}}$ genau wie wenn $z = 1$, also Monomerie vorhanden wäre.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Handelt es sich um ein dominantes Merkmal, so sind $z-1$ n_ν-Werte $= 1$ und nur einer $= n_1$ anzunehmen, in diesem Falle ergibt sich

$$m_1^2 = 1 - k_{dz}, \quad m_1 = \sqrt{1 - k_{dz}}.$$

Ist also das rezessive Merkmal nur bei R_z vorhanden, so erhält man bei Panmixie Grenzwerte für m aus

$$m^{2z} = k_{rz} \quad \text{und} \quad m^2 = k_{rz}$$

und ebenso, wenn das dominante Merkmal nur bei D_z vorhanden ist,

$$m \text{ aus } (1-m^2)^z = k_{dz} \quad \text{und} \quad m_1^2 = 1 - k_{dz}.$$

Gibt man die Voraussetzung der Panmixie auf, so ergeben sich die Grenzwerte aus

$$rm + (1-r)\,m^{2z} = k_{rz} \qquad \text{und} \qquad rm + (1-r)\,m_1^2 = k_{rz}$$

und

$$rn + (1-r)(1 = m^2)^z = k_{dz} \quad " \qquad rn + (1-r)(1-m_1^2) = k_{dz}.$$

Ist $T = R_z$ oder N_{rz}, so wird der mittlere Häufigkeitswert m um so größer, n um so kleiner, je größer z, also je höher der Grad der Polymerie ist, umgekehrt wenn $T = D_z$ oder N_{dz}. Die Grenzwerte sind 1 und 0 oder umgekehrt und werden erreicht, wenn z unendlich groß ist. Für absolute Heteromerie hat man also mit absoluter Häufigkeit, für absolute Homomerie mit absoluter Seltenheit der in Betracht kommenden Anlagen zu rechnen. Dies gilt nicht bloß für dominante und rezessive, sondern auch für gemischt dominant-rezessive Merkmale, wenn die Zahl der einen Gruppe von Anlagen nicht sehr klein ist.

Hieraus folgt, daß wir die Vorstellung einer absoluten Heteromerie ebensowenig praktisch aufrecht erhalten können, wie die einer absoluten Homomerie, sowie wir, und dazu sind wir gezwungen, mit einer großen Zahl von für ein Merkmal maßgebenden Genen rechnen. Eine Zweiteilung des Materials wird also praktisch mit einer Gruppierung der Genotypen in R_z bis $R_u D_{z-u}$ und $R_{u-1} D_{z-u+1}$ bis D_z zu rechnen haben, wobei u nicht genau bestimmbar ist.

Unterscheidet man nun nur drei Kreuzungen, nämlich die von Merkmalsträgern unter sich, Nichtmerkmalsträgern unter sich und von Merkmalsträgern mit Nichtmerkmalsträgern, so kommt bei der allgemeinsten Hypothese über die Zusammensetzung der Bevölkerung für die Kreuzung $T \times N$ nur der Panmixie treibende Bevölkerungsteil in Betracht, und sind die bei Panmixie erhältlichen Formeln nur noch von den mit r variierenden Werten von m abhängig.

Die Kinder und Geschwister der aus der Inzuchtgruppe stammenden T sind stets T, die aus der Panmixiegruppe stammenden aber mit einer, je nach der angenommenen Vererbungsregel, variablen Häufigkeit F_x und S_x. $N \times N$ liefert in der Inzuchtgruppe nie T.

Man erhält daher als T-Kinder von T für

$$T \times T \frac{rm + (1-r)\,m^{4z} F_x}{r_m + (1-r)\,m^{4z}}, \text{ wenn } T = R_z, \text{ und } \frac{rn_x + (1-r)(1-m^2)^{2z} F_x}{rn_x + (1-r)(1-m^2)^{2z}}, \text{ wenn } T = D_z,$$

für

$$N \times N \frac{(1-r)(1-m^{2z})^2 F_x}{rn + (1-r)(1-m^{2z})^2}, \text{ wenn } T = R_z, \text{ und } \frac{(1-r)[1-(1-m^2)^z] F_x}{rm + (1-r)[1-(1-m^2)^z]^2}, \text{ wenn } T = D_z$$

und hieraus indirekt die Zahlen für $T = N_{dz}$ und N_{rz}.

Als Geschwisterziffern ergeben sich für $T \times T$

$$\frac{rm + (1-r)\,m^{4z} s_x}{rm + (1-r)\,m^{4z} S_x} \quad \text{und} \quad \frac{rn + (1-r)(1-m^2)^{2z} S_x}{rn + (1-r)(1-m^2)^{2z} F_x},$$

hingegen für $T \times N$ und $N \times N$ dieselben Formeln wie bei einer Panmixie, wobei nur m mit r variiert. Wir brauchen also nur für einen Grenzwert r, der praktisch in Betracht kommt, m zu bestimmen und können im übrigen die Erbformeln auf Grund der Annahme der Panmixie berechnen.

Für die Berechnung der Erbformeln bei Panmixie dient nun folgender Tric:

Wir wollen die Formeln für $T \times T$, $T \times N$ und $N \times N$ feststellen. Nun ist die Generation $G = T + N$. $T \times G$ ist daher $T \times T + T \times N$ und somit $T \times N = T \times G - T \times T$, ebenso ist

$$G \times G = T \times T + 2\,T \times N + N \times N,$$

daher

$$N \times N = G \times G - 2\,T \times N - T \times T$$

und da

$$T \times N = T \times G - T \times T,$$

$$N \times N = G \times G - 2\,T \times G + T \times T.$$

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Brüche, welche die Erbformeln für $T \times G$, $T \times T$ und $G \times G$ darstellen, lassen sich nun auch bei hochgradigster Polymerie leicht berechnen, wenn $T = R_z$ bzw. $T = D_z$, denn sie stellen nur eine z-fache Potenz der Ergebnisse bei Monomerie dar, wenn alle m-Werte gleich sind, und entsprechen ihr in dem entgegengesetzten Grenzfall. Die Ergebnisse der Monomerie sind aber leicht feststellbar und teilweise schon 1908, teilweise vor 1919 von mir festgestellt und haben bereits der Berechnung von erwartungsmäßigen Zahlen für meine und Ruedins Arbeiten gedient. Wir können uns das auch so verständlich machen.

Die Gesamtheit der T in einer Generation stammen mit der Häufigkeit k_{2t} aus $T \times T$, k_{tn} aus $T \times N$, und k_{2n} aus $N \times N$ und sind mit der Häufigkeit s_2, s_{tn} und s_{2n} Geschwister von aus diesen drei Kreuzungen stammenden T; stellt t_{tg} die aus $T \times G$, k die Zahl der aus $G \times G$ stammenden T, $S_{tg} S_2$ und S die entsprechenden T-Geschwistern von T dar, so ist

$$\begin{aligned} k_{tg} &= k_{tn} + k_{2t}, \qquad \text{somit } k_{tn} = k_{tg} - k_{2t}, \\ k &= k_{2t} + 2k_{tn} + k_{2n}, \\ &= k_{2n} + 2t_{tg} - k_{2t}, \quad \text{„} \quad k_{2n} = k + k_{2n} - 2k_{tg}. \end{aligned}$$

Entsprechende Relationen ergeben sich für die S-Werte.

Die Werte k_{2t}, k_{tg} und k, und ebenso S_{2t}, S_{tg} und S sind mittelst der Gametenmethode einfach berechenbar, die ich bereits 1908 verwandte.

Da die Kreuzungen $T \times T$, $T \times N$ und $N \times N$ die Häufigkeiten k^2, $k(1-k)$ und $(1-k)^2$ haben, so ergeben sich als Erbformeln

	für die Kinder		für die Geschwister
bei $T \times T$	$e_{2t} = \frac{k_{2t}}{k^2}$	bei s_{2t}	$= \frac{S_{2t}}{k_{2t}}$
„ $T \times N$	$e_{tn} = \frac{k_{tg} - k_{2t}}{k(1-k)}$	„ s_{tn}	$= \frac{S_{tg} - S_{2t}}{k_{tg} - k_{2t}}$
„ $N \times N$	$e = \frac{k - 2k_{tg} + k_{2t}}{(1-k)^2}$	„ s_{nn}	$= \frac{S - 2S_{tg} + S_{2t}}{k - 2k_{tg} + k_{2t}}$

wobei je nachdem die k-, R- und S-Werte für $T = R_z$ oder D zu bestimmen sind.

Die Nachkommenzahlen für $T = N_{rz}$ oder N_{dz} ergeben sich dann einfach durch Subtraktion, wobei aber zu beachten ist, daß dann

$$\begin{aligned} R_z \times R_z &= N \times N, \\ N_{rz} \times N_{rz} &= T \times T, \end{aligned}$$

wenn $T = N_{rz}$ und $N_t = R_z$ ist. Analoges gilt für $T = N_{dz}$.

Die Geschwisterziffer für N_t (also N_{rz} oder N_{dz}) ergibt sich dabei jeweils aus folgender Betrachtung. In Zweikindersippschaften sind alle T und ebenso alle N entweder Geschwister von T oder von N. Ergibt daher eine einfache oder gemischte Kreuzung $e_x T$ und $1 - e_x N$, und haben die T insgesamt je s_x T-Geschwister, also $e_x T$, insgesamt $e_x s_x T$- und somit $e_x (1 - s_x) N$ Geschwister, so sind von den $1 - e_x N$ der Kreuzung $1 - e_x - e_x(1 - s_x) = 1 - 2e_x + e_x s_x N$ Geschwister von N, die durchschnittliche Geschwisterziffer für N ist daher

$$= 1 - \frac{e_x (1 - s_x)}{1 - e_x},$$

und wenn wir die absoluten Werte einfügen,

$$= 1 - \frac{k_x - S_x}{f_x - k_x},$$

wobei f_x die Häufigkeit der Kreuzung, also k_t^2 oder $k_t k_n$ oder k_n^2 bedeutet, k_x und S_x die ihr entspringenden T-Probanden und T-Probandengeschwister bedeutet. Wenn wir daher wissen, daß bei Monomerie die Generation $m^2 R$ enthält und diese durchschnittlich $\left(\frac{1+m}{2}\right)^2 R + 1 - \left(\frac{1+m}{2}\right)^2 D$, so sind unter den Geschwistern von $1 - m^2 D = 1 - 2m^2 + m^2 \left(\frac{1+m}{2}\right)^2 D$ und durchschnittlich $1 - m^2 + \frac{n(3+m)}{4}$.

Die Formeln für Kinder und Geschwister von T sind nun bei Monomerie, wenn $T = R$,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei Kreuzung RxR $t_3 = m^4R + 0D$ Kinder u. $m^4R + 0$ D = Geschwister,

„ „ RxG $t_1 = m^3R + m^2 - m^3D$ „ „ $m^3\frac{1+m}{2}R + m^3\frac{n}{2}$ „

„ „ GxG $t = m^2R + 1 - m^2D$ „ „ $m^2\left(\frac{1+m}{2}\right)^2R + m^2n\left(\frac{1+3.m}{4}\right)$ „ ;

wenn $T = D$,

bei Kreuzung DxD $t_{2d} = n\alpha_2 D - + k_d^2 - n\alpha_2 R$ Kinder und $n\beta_2 D - + \frac{3n^2m^2}{4}R$ Geschwister,

„ „ DxG $t_{dg} = n\alpha_1 D - + k_d k_r - n\alpha_1$ „ „ $n\beta_1 D - + n(\alpha_1 - \beta_1)$ „

„ „ GxG $t = n\alpha D - + 1 - n\alpha$ „ „ $n\beta D - + n(\alpha - \beta)$ „

wobei

$$\alpha_2 = (1 + m) - 2m^2 \quad \text{und} \quad \beta_2 = \alpha_2 - \frac{3}{4}nm^2,$$

$$\alpha_1 = 1 + m - m^2 \quad „ \quad \beta_1 = \alpha_1 - \frac{(2+n)m^2}{4},$$

$$\alpha = 1 + m \quad „ \quad \beta = \alpha - \frac{(4-n)m^2}{4}.$$

Für $T = R_z$ ergibt sich daher als Kinderziffer von T aus

$$TxT\ e_{2t} = 1\,T,$$

$$TxN\ e_{1n} = \frac{m^{3z} - m^{4z}}{m^{2z}(1-m^{2z})}\,\frac{m^{3z} - m^{4z}}{k_r(1-k_r)} = \frac{\sqrt{k}}{1+\sqrt{k}},$$

$$NxN\ e_{2n} = \frac{m^{2z} - 2m^{3z} + m^{4z}}{(1-k_r)^2} = \frac{k}{(1+\sqrt{k})^2}.$$

Diese Werte sind alle unabhängig vom Grade z der Polymerie! Sie betragen z. B. 100, 9,1 und 0,83 Proz., wenn $k_t = 0{,}01 = 1$ Proz.

Hingegen sind die Geschwisterziffern für

$$TxT\ e_{2t} = 1,$$

$$TxN\ e_{1n} = \frac{m^3\left(\frac{1+m}{2}\right)^z - m^{4z}}{m^{3z} - m^4} = \frac{\left(\frac{1+m}{2}\right)^z - \sqrt{k}}{1-\sqrt{k}},$$

$NxN\ e_{2n} = e_{tn}^2$. Letztere zwei Werte sind mit z variabel.

Hingegen sind die Kinderziffern für $T = D_z$ aus

$$TxT\ e_{2t} = \frac{n^z(\alpha_2^z)}{k^2},$$

$$TxN\ e_{rn} = \frac{n^z(\alpha_1^z - \alpha_2^z)}{k(1-k)},$$

$$NxN\ e_{2n} = \frac{n^z(\alpha^z + \alpha_2^z - 2\alpha_1^z)}{(1-k)^2}$$

stets mit z variabel und ebenso die Geschwisterziffern, die für

$$TxT\ s_{2t} = \frac{\beta_2^z}{\alpha_2^z},$$

$$TxN\ s_{tn} = \frac{\beta_1^z - \beta_2^z}{\alpha_1^z - \alpha_2^z},$$

$$NxN\ s_{2n} = \frac{\beta^z + \beta_2^z - 2\beta_1^z}{\alpha^z + \alpha_2^z - \alpha_1^z}$$

lauten.

Die Grenzwerte sind nach den angegebenen Methoden zu berechnen, dabei lautet für $z - 1$ gleiche n der eine Grenzwert aus der letzten Form $ds_{2n} = \frac{2 - \sqrt{1-k}}{2}$. Bei gemischt dominant-rezessiven Merkmalen erhält man die Kinderziffern durch Kombination der erwartungsmäßigen Erbzahlen, also, wenn $T = R_x T_y$, aus

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

$$T\times T\ e_{2t} = \frac{m^{4x} n^{y} \alpha_2^{y}}{k^2}, \qquad s_{2t} = \frac{\beta^{2y}}{\alpha^{2y}},$$

$$T\times N\ e_{tn} = \frac{m^{3x} n^{y} \alpha_1^{y} - m^{4x} n_2^{y} \alpha_2^{y}}{k(1-k)}, \qquad s_{tn} = \frac{\left(\frac{1+m}{2}\right)^{x} \beta_1^{y} - m^{x} \beta_2^{y}}{\alpha_1^{y} - m^{x} \alpha_2^{y}},$$

$$N\times N\ e_{2n} = \frac{m^{2x} n^{y} \alpha^{y} - 2m^{3x} n^{y} \alpha^{y} + m^{4x} u^{v} \alpha_2^{y}}{(1-k)^2}, \quad s_{2n} = \frac{\left(\frac{1+m}{2}\right)^{2x} \beta^{y} - 2m^{x}\left(\frac{1+m}{2}\right)^{x} \beta_1^{y} + m^{2x} \beta_2^{y}}{\alpha^{y} - 2m^{x} \alpha_1^{y} + m^{2x} \alpha_2^{y}},$$

wobei aber m und n im allgemeinen nicht Ergänzer zu 1 sind, sondern n die mittlere Häufigkeit der x wirksamen a, n die der y wirksamen A-Anlagen bedeutet. In diesem Falle ist $k = m^{2x} . n^{y} (2-n)^{y}$ und sowohl m wie n für jede a- und A-Anlage variabel.

Wegen der Formeln bei geschlechtsbegrenzten Merkmalen verweise ich auf einen Anhang zu einer Arbeit von Ruedin über manisch-depressives Irresein, die demnächst erscheint.

Im folgenden sind nun für ein Merkmal von der Häufigkeit $k = 0{,}01$, wie etwa Dementia praecox, die erwartungsmäßigen Geschwisterziffern berechnet, die man bei Annahme 23facher rezessiver und 23facher dominanter Polymerie erwarten müßte, und mit den von Ruedin berechneten Ziffern verglichen. Außerdem sind die erwartungsmäßigen wahren Erbzahlen beigefügt.

Kreuzung	Geschwisterziffern			Wahre Erbzahlen (Kinderziffern)	
	Erwartung bei		Erfahrung	Erwartung bei	
	Dominanz Proz.	Rezessivität Proz.	nach Ruedin Proz.	Dominanz Proz.	Rezessivität Proz.
$T\times T$	43,9—75,3	84,8—100	?	11,7—75,16	10,2 —100
$T\times N$	9,5—50,5	25,1— 50,0	6,2	4,3—50,1	3,0 — 9,1
$N\times N$	6,8—50,0	6,3— 25,6	4,5	0 — 0,9	0,83— 1,0

Wir sehen, daß weitgehende Spielräume zwischen den möglichen Grenzwerten bestehen und demzufolge sich die ziffermäßigen Wirkungen von Dominanz und Rezessivität weitgehend überdecken, insbesondere bei den wahren Erbzahlen. Eine Entscheidung würde eher bei den Geschwisterziffern zu suchen sein. Die Zahlen Ruedins sind für beide Fälle zu niedrig, sie können, wenn man von Wirkungen äußerer Faktoren, insbesondere einer Sterblichkeitsauslese oder Mutationen absieht, nur durch eine noch weit höhergradige und damit die Zahl der Chromosomenpaare überschreitende Polymerie erklärt werden. Betrachtet man sie als zufällig etwas zu niedrig ausgefallen, so würde das Ergebnis von $N\times N$ fast ebensogut durch Dominanz wie Rezessivität zu erklären sein, hingegen das von $T\times N$ nur durch Dominanz. Über $T\times T$ fehlen bis jetzt die Ergebnisse der von mir erstmals geforderten Sammelforschung, die jetzt in Ruedins Laboratorium bearbeitet werden.

Nur gewisse Zahlen sind also für Dominanz oder Rezessivität bei gleichem Grade der Polymerie entscheidend, aber selbstverständlich nicht bei verschiedenem.

Wir brauchen also auf die Theorie der Außenwirkungen gar nicht einzugehen, um zu zeigen, wie schwierig unter dem Gesichtspunkt der Polymerie die Entscheidung auf Grund weniger Zahlen sein kann.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Deren Ergänzung durch die Halbgeschwistermethode und die Ergebnisse genealogisch gekennzeichneter Kreuzungen erscheint daher theoretisch äußerst notwendig.

Auf die Theorie der Außenwirkungen soll hier nur kurz eingegangen werden.

Wir müssen auch hier wieder von zwei Grenzvorstellungen ausgehen. p und q stelle die empirische Häufigkeit zweier Phänotypen P und Q dar. Entweder findet der Genotypus T nur mit einer Häufigkeit y seine Offenbarung in dem Phänotypus P, dann besteht der Gegenphänotypus Q teils aus T, teils aus N.

Die Kreuzung

$$\begin{aligned} PxP \text{ ist dann } &= TxT, \\ PxQ \quad " \quad " &= TxT + TxN, \\ QxQ \quad " \quad " &= TxT + TxN + NxN \end{aligned}$$

in einem durch y genauer bestimmten Verhältnis, indem $Q = k_n N + (1 - k_t)(1 - y)\,T$ ist. Oder es ist $P = T + N$, Q stets $= N$, dann ist $pP = k_t T + (1 - k_t)(1 - y)\,N$. Zwei Beispiele mögen dies erläutern. Dementia praecox wird nicht immer erkannt, selbst wenn die Geisteskrankheit als solche offenbar ist, wird sie nicht selten für manisch-depressives Irresein gehalten. Hingegen kommen zu den echt erblich Taubstummen noch eine Anzahl solcher mit normaler Erbanlage, die infolge früherer Erkrankung das Gehör verlieren und phänotypisch nicht unterscheidbar sind. Die erbliche Belastung vermag hier nicht allein zu entscheiden.

Der Umstand, daß wir die äußeren Faktoren nicht kennen, darf uns nicht verleiten, ihr Bestehen und einen großen Einfluß derselben zu bestreiten. Allein schon die Verschiedenheit der Beobachtungsmöglichkeiten und der Beobachter ist ein äußerer Faktor von großer Bedeutung. Und wenn wir sehen, daß eine Geisteskrankheit nicht stets im selben Alter auftritt, so kann das ebensowohl die Folge von Außenfaktoren wie eines Gemisches verschiedener Genotypen sein. Jedenfalls geht aber die große Bedeutung des Zeitfaktors schon daraus hervor, daß sich unter dessen Berücksichtigung durch die von mir angegebenen Morbiditätstafeln die Geschwisterziffern Ruedins von 3 auf 4,5 Proz. erhöhten.

1. Ist $P = T$, so ist die empirische Häufigkeit von P; $p = k_t y$ und wenn

$$\begin{aligned} T = R_z \quad & p = m^{2z} y, \\ T = D_z \quad & p = (1 - m^2)^z y, \\ T = N_{rz} \quad & p = (1 - m^{2z}) y, \\ T = N_{dz} \quad & p = [1 - (1 - m^2)^z] y. \end{aligned}$$

2. Ist hingegen $Q = N$ und $P = k_t T + (1 - k_t) N$, so ist mit

$$\begin{aligned} T = R_z \quad & p = m^{2z} + (1 - m^{2z})(1 - y) = 1 - y + m^{2z} y, \\ T = D_z \quad & p = (1 - m^2)^z + [1 - (1 - m^2)^z](1 - y) = 1 - y + (1 - m^2)^z y, \\ T = N_{rz} \quad & p = 1 - m^{2z} + m^{2z}(1 - y) = 1 - m^{2z} y, \\ T = N_{dz} \quad & p = 1 - (1 - m^2)^z + (1 - m^2)^z (1 - y) = 1 - (1 - m^2)^z y. \end{aligned}$$

Es müssen also doppelt so viel Berechnungen zum Zweck der Gewinnung von Grenzwerten stattfinden, wie ohne das Rechnen mit Außenfaktoren.

Die sich für die Häufigkeit der A und a Anlagen ergebenden Werte verändern sich dabei im Vergleich zu $y = 1$ mit abnehmendem Wert von y im Falle 1 im gleichen Sinne wie bei zunehmenden Grade von z, im Falle 2 im umgekehrten Sinne.

Nach Bestimmung von m und n aus der empirischen Häufigkeit von P erhält man die wahren Erbzahlen und Geschwisterziffern für TxT, TxN, NxN wie oben und kann daraus die für PxP, PxQ, QxQ leicht ableiten.

Man erhält dann im Falle 1 für

$$\begin{aligned} PxP \quad & e_2 = \frac{k_2}{p_2} \cdot y && \text{und} \quad s_{2p} = \frac{S_2}{k_2} \cdot y, \\ PxP \quad & e_{pn} = \frac{k_{tg} - k_2 y}{p_t (1 - p_t)} \cdot y && " \quad s_{pn} = \frac{S_{tg} - S_2 y}{t_1 - t_2 y} \cdot y, \\ QxQ \quad & e_{nn} = \frac{k - 2 k_{tg} y + k_2 \cdot y^2}{(1 - p_t)} \cdot y && " \quad s_{2n} = \frac{S - 2 S_1 y + S_2 y^2}{k - 2 k_{tg} y + k_2 y^2} \cdot y. \end{aligned}$$

Beruhen die Außenanlagen lediglich auf Mutation, so ist das y hinter den Brüchen zu streichen. Die Zahlen für Q sind wieder durch die Restmethoden erhältlich.

Im Falle 2 wendet man die obigen Formeln auf Q an und erhält dann die für P durch die Restmethoden wie oben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man mag nun die Frage aufwerfen, ob eine solche Ausarbeitung der Theorie einen praktischen Zweck hat. Dies ist zu bejahen. Denn Beispiele belehren erfahrungsgemäß besser als Gedanken und sie können nur auf Grund der Theorie ausgerechnet werden. Die Einsicht in die weitgehenden Gleichsinnigkeit der Wirkung von Polymerie und Außenfaktoren auf die Erbzahlen kann ebenfalls auf diese Weise gefördert werden.

Endlich können wir nur durch die mathematische Überlegung ermitteln, was herauskommt, wenn wir die Fiktion von dem Auftreten rein dominanter oder rezessiver Phänotypen aufgeben. Wir müssen dann zur Erklärung niedriger Erbzahlen noch weit höhere Grade der Polymerie annehmen und ebenso bei der Erklärung der Häufigkeitszahlen für die Zwischentypen, oder noch mehr mit Außenfaktoren rechnen.

Dieselbe Variabilität der Zahlen tritt auch bei den erwartungsmäßigen Ziffern der Belastung mit Verwandtenehen ein, wo Polymerie eine Rolle spielt. Ein Überschuß an solchen wird immer für einen Anteil von rezessiven Faktoren sprechen.

Die Erkenntnis der engen Grenzen, die unserem Streben nach exaktem Wissen hier gezogen sind, mag für den Rassenhygieniker betrüblich sein, das darf ihn aber nicht abhalten, sie anzuerkennen und muß ihn anspornen, ihre Überschreitung auf anderen Wegen, insbesondere auf den der Konstitutionsforschung, zu versuchen.

Für die Kreuzungsergebnisse von genealogisch, d. h. namentlich durch Beschaffenheit von Eltern oder Geschwistern, charakterisierten Individuen sind die teilweise schon 1908 von mir angegebenen Formeln maßgebend. Da es sich hier um ungleich zusammengesetzte Gruppen handeln kann, so ist zu beachten, daß bei Kreuzung von

$$u_1\,aa + 2\,v_1\,Aa + w_1\,AA$$

mit

$$u_2\,aa + 2\,v_2\,Aa + w_2\,AA$$

die Kinder von aa bei Kreuzung mit der Generation $u_1(u_2 + v_2) + u_2(u_1 + v_1)\,aa$ auf $u_1 + u_2$ Individuen sind.

Die gesamte Kindergeneration enthält $(u_1 + v_1)(u_2 + v_2)\,aa$.

Unter Geschwistern der aus $aa \times G$ stammenden aa sind

$$u_1\left(u_2 + \frac{v_2}{2}\right) + u_2\left(u_1 + \frac{v_1}{2}\right)aa =$$

und unter den Geschwistern aller aa der Kindergeneration sind

$$\left(u_1 + \frac{v_1}{2}\right)\left(u_2 + \frac{v_2}{2}\right)aa.$$

Durch Subtraktion nach den oben angegebenen Methoden ergeben sich die Ziffern für die Kinder und Geschwister von D und für $T = R_z$ oder D_z, die entsprechenden wahren Erbzahlen und Geschwisterziffern durch Potenzierung und Restmethode entsprechend dem obigen Verfahren bei summarischer Statistik. Die Formeln gedenke ich ebenfalls vorläufig als Anhang zu Ruedins Arbeit zu veröffentlichen.

Die Anwendung der S. 262 erwähnten Gametenmethode, mit der, ohne Nennung meiner Vorgängerschaft, neuerdings auch v. Stackelberg arbeitet, beruht beispielsweise auf folgenden Überlegungen:

Enthalten je m_ν Gameten die rezessive Anlage a_ν, so hat ein Zusammentreffen von z solcher Anlagen in der Generation eine Wahrscheinlichkeit gleich dem Produkt $m_\nu^z = m^z = \sqrt[2]{k}$, wenn k die Häufigkeit des absolut rezessiven Genotypus R_z ist. Da R_z selbst nur derartige Gametengarnituren liefert und in der Generation mit der Häufigkeit $m^{2z} = k$ vertreten ist, so liefert N_{rz} derartige Gametengarnituren mit der Häufigkeit $m^z - m^{2z} = \sqrt[2]{k} - k$, die vom Werte z und von der Häufigkeit der einzelnen m_ν-Werte unabhängig ist. Die Kombination zweier solcher Gametengarnituren, also den Genotypus R_z, liefert daher bei Panmixie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

$R_z \times R_z$ mit der Häufigkeit $k \cdot k = k^2$
$R_z \times N_z$ „ „ „ $k(\sqrt{k} - k)$
$N_{rz} \times N_{rz}$ „ „ „ $(\sqrt{k} - k)^2$

und indem man diese absoluten Zahlen mit den Häufigkeitswerten der einzelnen Kreuzungen, also k^2, $k(1-k)$ und $(1-k)^2$ dividiert, erhält man die oben S. 263 angegebenen Formeln, deren Ergebnis vom Grade der Polymerie unabhängig ist. Es bedarf außerdem, und darin liegt der rechnerische Vorteil der Gametenmethode, keiner umständlichen, mit dem Grade der Polymerie wachsenden Tabellen über die Ergebnisse der einzelnen Genotypenkreuzungen, wie man sie bei Hoffmann findet!

Bei den anderen Fällen ist stets zuerst die Häufigkeit der einfachen a^a-Kombination oder von R, daraus indirekt die von D zu berechnen und dann mit entsprechender Potenzierung zu arbeiten.

Über den Verlauf der Diphtherie in Schöneberg von 1909 bis 1921.

Von Dr. Lucia Hahn, Schulärztin im Bereich des Gesundheitsamtes Schöneberg.

(Mit fünf Abbildungen.)

Die Resultate der serologischen Ära der Diphtheriebekämpfung — 25 Jahre Behringsches Heilserum — sind zu einem gewissen Abschluß gelangt. Man kann wohl sagen, daß zum mindesten bei uns in der Großstadt das Serum Allgemeingut der Bevölkerung geworden ist. Trotzdem haben diese Resultate diejenigen enttäuscht, die mit Behring selbst in rein spekulativer Idee von der allgemeinen Anwendung des Serums trotz seines ausschließlich antitoxischen Charakters außer der Beeinflussung der klinischen Einzelerkrankung den Rückgang der Morbidität der Diphtherie erhofften. Das rapide Absinken der Letalitätskurve in den kritischen Jahren der Einführung des Serums ist unverkennbar. Die Morbiditätskurve dagegen ist scheinbar unbeeinflußt geblieben. Wenn man sich in der Frage der Seuchenbekämpfung Conradis Standpunkt zu eigen macht: Fürsorge ist wichtiger als heilen, denn die Fürsorge für den Kranken gilt der Gegenwart, die Wahrung der Volksgesundheit aber der Zukunft — so haben wir im allgemeinen eher einen Rückschritt als einen Fortschritt zu verzeichnen. Der strahlende Glanz der Behringschen Entdeckung hat zeitweise alle anderen Diphtheriebekämpfungsmaßnahmen in den Schatten gestellt. Vielerorts hat man sie hintangestellt und auf ihre Vervollkommnung im Vertrauen auf die Allheilkraft des Behringschen Serums verzichtet. Entsprechend der fortschreitenden Erkenntnis der Grenzen dieser Heilkraft mehren sich in der Literatur die Stimmen derer, die in eindringlichster Weise zur zielbewußten Weiterarbeit auf rein sozialhygienischem Gebiete auffordern, um so energischer, als alle Anzeichen darauf hinweisen, daß wir im allgemeinen in nächster Zeit wieder mit einem Anstieg der Morbidität der Diphtherie, sowie mit einer größeren Gefährlichkeit ihres Charakters zu rechnen haben werden.

Daß nur in allergrößten und auf dem Gebiete der sozialen Hygiene führenden Gemeinwesen kritische Schlüsse über den Wert und die Leistungsfähigkeit solcher Maßnahmen aus bisherigen Erfolgen gezogen werden können, liegt auf der Hand. Die folgenden Ausführungen über die Erfahrungen in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Gemeinde Schöneberg können Allgemeingültigkeit wegen der hiesigen besonderen Verhältnisse nicht beanspruchen, noch sind sie wegen des großen Zu- und Abflutens der Bevölkerung für ein in sich abgeschlossenes Gemeinwesen absolut typisch. Doch sind sie im Vergleich mit anderweitig gemachten Erfahrungen lehrreich, weil bei den hier gemachten Beobachtungen eine Anzahl Fehlerquellen bewußt ausgeschaltet sind, die den Wert anderer Aufzeichnungen über vielleicht zeitlich ausgedehntere und örtlich umfassendere Beobachtungen herabsetzen. Die Schwierigkeiten in der Verwendbarkeit solcher Resultate liegen erstens in der relativen Unvollkommenheit des in Frage kommenden statistischen Materials (man denke z. B. an die lückenhafte amtliche Erfassung der Erkankungsfälle bei Erhebungen über das ganze Reich!). Zweitens in der oft übersehenen Grundregel, daß man Gleiches nur mit Gleichem in Parallele setzen kann, wenn man nicht von vornherein richtunggebende Faktoren (geographische, soziologische, temporäre) in Rechnung setzt. Wir beschränken unser Material von vornherein, indem wir das über Erwachsene und Kleinkinder zur Verfügung stehende polizeilich ermittelte Material als nicht genügend zuverlässig nur indirekt heranziehen. Wir legen den Schwerpunkt der Diphtheriebekämpfung in das schulpflichtige Kindesalter. In diesem von der Diphtherie numerisch bevorzugten Alter (6 bis 14 Jahre) betragen die Erkrankungen nach anderen Autoren, an großem Material berechnet, etwa 50 Proz. der Gesamterkrankungen. Dieses Alter ist das einzige, in dem wir der angeborenen Abneigung des Menschen, sich in bezug auf seinen Körper polizeilich kontrollieren zu lassen, und den darauf entspringenden Unterlassungssünden den suggestiv autoritativen Einfluß der Schule entgegensetzen können. Die auf dem Gebiete der Schulhygiene gemachten Erfahrungen sind daher die zuverlässigsten und umfassendsten. Mit dieser Ansicht befinden wir uns im Einklang mit anderen Autoren, wie Seligmann, der auch den Angelpunkt der gesamten Diphtheriebekämpfung in der Schule sieht.

Die Diphtheriebekämpfung in den Schulen — seit 2 Jahren auch in den höheren Schulen — liegt hier in Händen der hauptamtlichen Schulärzte im Bereich des Gesundheitsamtes Schöneberg, der Schulschwestern und der Infektionsschwester. Zunächst sollen noch einmal die aus den Schöneberger Arbeiten bekannten Bekämpfungsmaßnahmen kurz skizziert, dann sie selbst und ihre Resultate kritisch beleuchtet werden.

1. Ermittlung der Krankheitsfälle.

Tägliche Abholung der Krankheitsmeldungen auf dem Polizeipräsidium durch die Infektionsschwester. Tägliche Entgegennahme von Meldungen aus den Schulen, Horten und Tag- und Nachtheimen von an Diphtherie oder Diphtherieverdacht erkrankten Kindern auf dem Gesundheitsamte.

2. Ausschaltung des Ansteckungsherdes.

a) Der Kranken selbst aus Familie und Schule: Hausbesuch der Schulschwestern, Orientierung über ärztliche Behandlungen, Isolierung, eventuell hygienische Belehrung. Desinfektion des Klassenzimmers.

b) Der Bazillenträger und Dauerausscheider. Zu Hause: Zweimaliger Rachen- und Nasenabstrich nach Ablauf der klinischen Erkrankung beim Patienten und allen Familienmitgliedern. In der Schule: Rachenabstrich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei den sechs dem Erkrankten am nächsten sitzenden Schulkindern und dem Spielgefährten, bei Häufung der Fälle Rachenabstrich bei der ganzen Schulklasse einschließlich des Lehrers, Schulsperre auch für die an Halsentzündung erkrankten Kinder.

3. Prophylaxe.

a) Krankheitsprophylaxe: Schutzimpfung eventuell unentgeltlich auf städtische Kosten.

b) Allgemeine Prophylaxe: Sperrung der Zahnklinik für verseuchte Klassen, öffentliche Belehrung durch schulärztliche Referate in Elternversammlungen und in der Schularztsprechstunde, Untersuchung des Rachenschleims sämtlicher Kinder bei Verschickungen in Kindererholungsheime. Die Überlegenheit dieser Diphtheriebekämpfungsmaßnahmen gegenüber denen in anderen Gemeinwesen liegt erstens darin, daß sie hier tatsächlich in den Händen des beamteten Arztes liegen, der ja in seinen den Einzelmenschen oft belästigenden Maßnahmen im Interesse der Allgemeinheit nicht den Hemmungen ausgesetzt ist, denen der Privatarzt wegen seines besonderen Verhältnisses zu seinen Privatpatienten leicht unterliegen kann. Das ist die Erfüllung einer Forderung, die in der Literatur überall unterstrichen ist.

Zweitens liegt sie in der beschriebenen Promptheit der Erfassung der Erkrankungen, die seit 10 Jahren automatisch tagtäglich vor sich geht. Deren unmittelbarer Erfolg ist die rasche Ausschaltung eines Infektionsherdes in der Schule, in Horten, städtischen Kinderheimen usw., die Möglichkeit, durch Benachrichtigung der Jugendleiter unzweckmäßige Maßnahmen, wie gelegentliche Kombination von mehreren Schulklassen in einem Raume, Umsetzen von Kindern von einem Platz auf den anderen, Nachbenutzung von Eßgeschirren bei Gemeinschaftsspeisungen ohne vorherige genügende Reinigung, wie man sie bei Gelegenheit der Quäkerspeisung leider recht oft beobachtet, zu verhüten. Schließung ganzer Schulklassen, außer aus schultechnischen Gründen wegen Erkrankung der Lehrerschaft, kommt praktisch kaum mehr in Frage. Eine Absperrung von Gemeindeschulkindern ist durch Schließung der Schulklasse nicht zu erzielen, im Gegenteil, um so freier bewegen sie sich unter anderen Leuten. Eine Schließung einer Klasse zum Zwecke der Desinfektion wird nur noch ganz selten aus Rücksicht auf Eltern und Lehrerschaft vorgenommen, da der Diphtheriebazillus ein obligater Parasit des Menschen ist (nach Löffler in 98 Proz.) und nur in ganz vereinzelten Fällen (einmal nach Erbrechen auf dem Fußboden einer Schöneberger Schulklasse) Infektionsherde außerhalb des Menschen und der von ihm dauernd benutzten Gegenstände nachgewiesen wurden. Wir haben sie in den letzten Jahren nur zweimal vorgenommen.

Drittens darf man unbedingt einen starken Einfluß der hygienischen Maßnahmen auf die nicht schulpflichtige Bevölkerung durch die scharfe Kontrolle der Schulkinder annehmen, außerdem durch die tausend anderen Fäden, die das Gesundheitsamt neben der Schulfürsorge durch die Kleinkinder und Säuglingsfürsorgen, die mehr als alle anderen auch vom Mittelstand besucht werden und deren ärztliche Versorgung auch den Schulärzten obliegt, mit den Schöneberger Familien verknüpft.

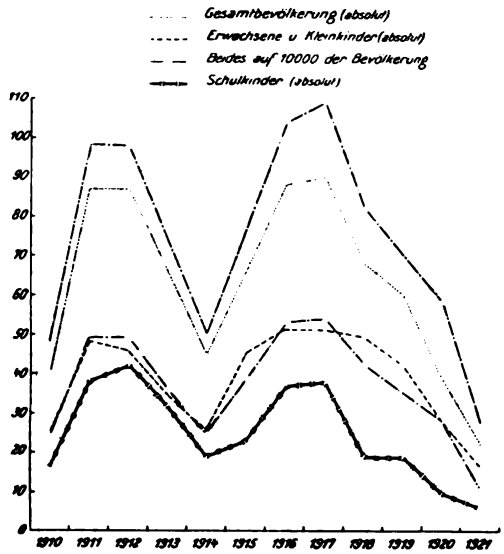
Die statistischen Aufzeichnungen des Gesundheitsamtes über Diphtherieerkrankungen in Schöneberg von 1909 bis 1921 sind folgende in Tafel 1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wiedergegebene (absolut und auf 10 000 der Bevölkerung berechnet). Bei den Kleinkindern und Erwachsenen sind wir dabei nur auf die Vermittlung des Polizeipräsidiums angewiesen. Es soll hier noch einmal betont werden, daß wir also bei den Erwachsenen und Kleinkindern von denselben Fehlern abhängig sind wie andere polizeiliche Statistiken und sie für unsere besonderen Zwecke nur dort verwenden, wo sie, da die bestimmenden Faktoren während der letzten 12 Jahre im wesentlichen dieselben geblieben sind, zu den von fehlerfreien Erhebungen über Schulkinder in demselben Verhältnis geblieben sind. Über das Verhältnis der Morbidität der Schulkinder zu der bei Erwachsenen und Kleinkindern läßt sich in Zahlen ausgedrückt folgendes ablesen.

Tafel I.

Morbidität von 1910 - 1921.



Es betrug:

Im Jahre		In absoluten Zahlen	Im Jahre		In absoluten Zahlen
1910	1 : 1,52	164 : 249	1916	1 : 1,38	368 : 511
1911	1 : 1,26	379 : 479	1917	1 : 1,33	384 : 513
1912	1 : 1,10	415 : 457	1918	1 : 2,55	191 : 488
1913	1 : 1,08	319 : 345	1919	1 : 2,25	185 : 417
1914	1 : 1,03	193 : 264	1920	1 : 2,54	110 : 280
1915	1 : 1,91	234 : 497	1921	1 : 2,76	59 : 163

Das Verhältnis der Morbidität der Schulkinder zur Erkrankungsziffer der Erwachsenen wäre also absolut genommen klein. Es betrüge im Durchschnitt weit weniger als z. B. das der nach dem Hamburger Material aus demselben Jahre berechneten Morbidität des Kindesalters von 5 bis 15 Jahren im Verhältnis zu der Gesamtmorbidität mit 1 : 1 berechnete (Reiche), und dies trotz der größeren Exaktheit der Meldungen im schulpflichtigen Alter. Wesentlich erscheint mir noch, daß seit dem Jahre 1918, dem Jahre, in dem bei uns nach Rückkehr eines Teiles der Ärzte aus dem Heeresdienst die Schulpflege wieder geregelter einsetzte, dieses Verhältnis sich so stark zugunsten der Schulkinder verschoben hat. Jedenfalls ist die Altersbreite — 6 bis 14 Jahre — zu groß, als daß diese Schwankungen etwa als periodische Schwankungen (Gottstein) durch die Bevorzugung gewisser Altersklassen durch die Diphtherie zu erklären wäre. Um so bemerkenswerter ist die Verschiebung, als man bei der jetzt im Verhältnis zu den Vorkriegsjahren so starken Überfüllung der Schulklassen eher das Umgekehrte hätte erwarten müssen. Es ist eine weitere Verschiebung dieses Verhältnisses nun nicht mehr anzunehmen, da sich die schulfürsorgerischen Maßnahmen notwendig allmählich auf die ganze Familie auswirken müssen, inbegriffen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Auswirkung einer eventuellen kostenlosen Verabreichung des Heilserums zum Zwecke der Prophylaxe. Von der Anzahl der Erkrankten starben:

Im Jahre	Erwachsene und Kleinkinder Proz.	Schulkinder Proz.	Im Jahre	Erwachsene und Kleinkinder Proz.	Schulkinder Proz.
1910	7,0	7,0	1916	10,4	3,8
1911	8,7	11,9	1917	9,2	3,4
1912	10,8	8,8	1918	5,9	2,1
1913	4,6	5,9	1919	4,8	0,6
1914	6,7	6,2	1920	6,5	3,0
1915	10,7	3,8	1921	1,0	1,7

Das Sinken der Diphtherietodesfälle bei Schulkindern im Verhältnis zu dem bei Erwachsenen und Kleinkindern seit 1915 ist auffallend. Wir erleben hier also das Umgekehrte von dem, was allgemein angenommen wird, nämlich daß der Charakter der Diphtherie schwerer werde entsprechend der seit 1913 zunehmenden Mortalität. Zweifelsohne ist auf die Aufklärungsarbeit in bezug auf die ausnahmslose (eventuell kostenlose) und frühzeitige Anwendung des Heilserums ein Teil des Erfolges bei Schulkindern zurückzuführen. Der Durchschnitt der Letalität bei Erwachsenen und Kleinkindern 6,88 Proz., bei Schulkindern 5,35 Proz. bleibt erheblich zurück hinter der von dem Medizinalamt für Preußen gemeldeten Sterbeziffer in diesen Jahren, die zwischen 10 und 13 Proz. schwankt.

Eine Stichprobe aus dem Jahre 1912 (Medizinalamtsstatistik von 1913) zeigt, wie weit Schöneberg in diesem Jahre in seiner Letalität für Diphtherie hinter Berlin (4,6 bzw. 5,9 Proz. und gegen 10 Proz. in Berlin) zurückgeblieben ist.

Die Kurve der Gesamterkrankungen Tafel 1 — auf 10000 der Bevölkerung berechnet — verläuft, wie der erste Blick zeigt, in zwei Phasen. Zwei fast symmetrische Wellenberge sind durch einen tiefen Einschnitt voneinander getrennt. Die erste Phase umfaßt 4 Jahre. Einem schroffen Anstieg folgt eine flache Kuppe, die sich über 2 Jahre — die Jahre der Epidemie 1911 bis 1912 — ausdehnt, um fast ebenso schroff wieder abzufallen, so daß 1914 der Tiefstand von 1910 wieder erreicht ist. Die zweite Phase erstreckt sich über die Kriegsjahre 1914 bis 1920. Dem schroffen Anstieg 1915/16 folgt die flache Kuppe 1916/17, die die des ersten Wellenberges von 1911/12 um weniges übersteigt. Im Abstieg über 3 Jahre bis 1920 ausgedehnt, langt die Kurve 1920 etwa wieder in der Tiefe von 1910 und 1914 an, um 1920 bis 1921 einen weiteren bisher nicht dagewesenen Abfall bis zur Hälfte des Tiefstandes von 1910 und 1914 aufzuweisen.

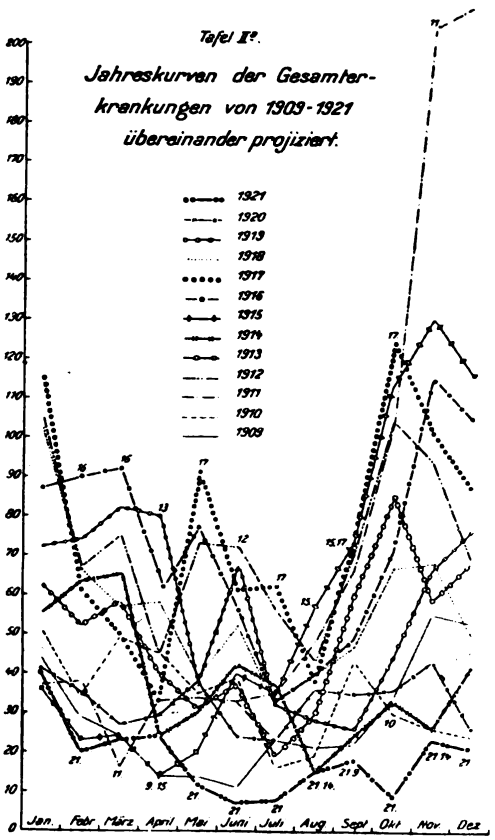
Die Kurven der Erwachsenen und Kleinkinder und die der Schulkinder gesondert (Tafel 1) wiederholen im entsprechenden Maßstabe im wesentlichen genau den charakteristischen Verlauf der eben beschriebenen Gesamterkrankungskurve. Nur vollzieht sich der Abstieg der zweiten Phase in den Jahren 1917 bis 1918 etwas schroffer, um 1918 und 1919 eine Verzögerung zu erfahren, die diesen Unterschied im Verlauf gegenüber der Gesamtkurve wieder ausgleicht.

Um ein vergleichendes Bild über die Schwankungen innerhalb des Jahres zu erhalten (Schwankungen dritter Ordnung nach Gottstein), habe ich in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

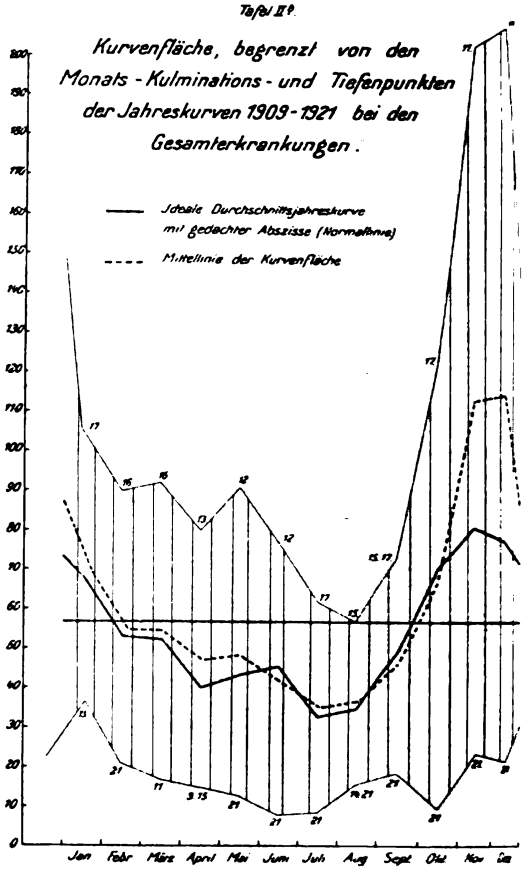
Tafel II.

Jahreskurven der Gesamterkrankungen von 1909-1921 übereinander projiziert.



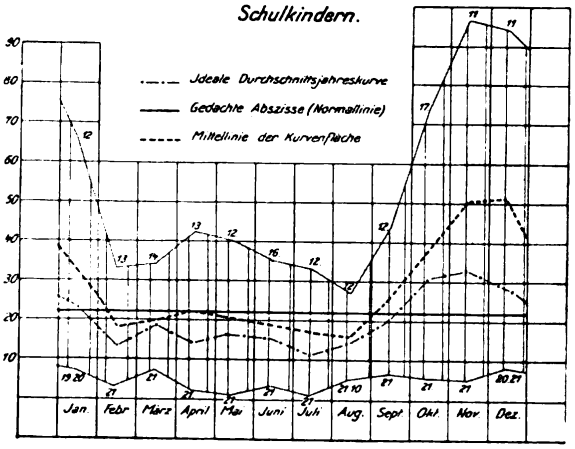
Tafel II.

Kurvenfläche, begrenzt von den Monats-Kulminations- und Tiefenpunkten der Jahreskurven 1909-1921 bei den Gesamterkrankungen.



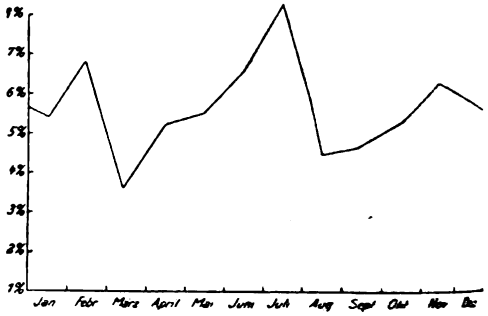
Tafel III.

Kurvenfläche, begrenzt von den Monats-Kulminations- und Tiefenpunkten der Jahreskurven 1909-1921 bei Schulkindern.



Tafel IV.

Durchschnittsjahresmortalitätskurve bei Schulkindern. (1909-1921)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel 2a alle Jahreskurven der Gesamterkrankungen übereinander projiziert. Der Tiefpunkt der weitaus größten Anzahl der Kurven liegt im Juli und August. In diesen Monaten ist auch die Breite der von allen Kurven umgrenzten Kurvenflächen (Tafel 2a und 2b) die geringste entsprechend einer großen Stetigkeit in der durch die Jahreszeit bedingten geringen Kontagiosität der Diphtherie und geringen Empfänglichkeit der Bevölkerung für sie. Mit vereinzelten Ausnahmen (1917) ist jeder Kurve deutlich der langsame Abstieg von November bis Juli/August, also 6 Monate umfassend, und der steile 4 Monate umfassende Aufstieg bis wieder zum Kulminationspunkte im November erkennbar. Alle Kurven umgrenzen eine Fläche (Tafel 2b), deren Breite um das Fünffache schwankt, und zwar ist in den Monaten des Tiefstandes der Morbidität die Stetigkeit der sie bedingenden Faktoren die größte und in dem Kulminationsmonat November die geringste. Entsprechend liegen die Verhältnisse in den Übergangsmonaten. Zieht man die Durchschnittskurve von 13 Jahren (1909 bis 1921, Tafel 2b), so sind in dieser diese Monatsschwankungen nicht verwischt, wie es der Fall sein müßte, wenn sie durch zufällige Einflüsse bedingt wären, sondern prägen sich ganz ebenso deutlich aus. Diese relativ ideale Durchschnittsjahreskurve würde also eine um eine Abszisse oszillierende Kurve darstellen (Tafel 2b), deren negative Phase einen flachen Bogen von Februar bis September (Schnittpunkte der Abszisse mit der Durchschnittskurve), deren positive Phase einen gleich hohen steilen Bogen von Oktober bis Januar beschreibt. Verglichen mit der Mittellinie der von allen Jahreskurven begrenzten Fläche (Tafel 2b), bleibt diese Durchschnittskurve in ihrem Kulminationspunkte etwas hinter dieser zurück, weil sie nicht so stark wie diese von der unperiodischen Höhe des Kulminationspunktes im November der Epidemie 1911 beeinflußt wird. Ganz parallel gestalten sich, wie Tafel 3 zeigt, diese Verhältnisse bei den Schulkindern, nur daß dort die negative Phase noch seichter verläuft und noch breiter ist (von Januar bis September). Im Vergleich zur Mittellinie der Kurvenfläche verläuft hier die Durchschnittskurve von 12 Jahren (1910 bis 1922) noch stetiger. Da bei ihr von einem eigentlichen Tiefpunkt im Monat Juli wegen des enorm flachen Verlaufs der negativen Phase kaum mehr die Rede sein kann, so ist an einem etwaigen und anderwärts diskutierten Einfluß der großen Ferien auf die Morbidität der Diphtherie bei Schulkindern nicht zu denken. Bei alleiniger Betrachtung der Gesamterkrankungskurven hätte dieser Eindruck fälschlich erweckt werden können.

Der Tiefpunkt einer Jahreskurve ist in diesem Monat binnen 12 Jahren überhaupt nur zweimal zu finden (1919 und 1921). Der im Vergleich zu den Gesamterkrankungen (Tafel 2b) noch sanftere und stetigere Verlauf der Durchschnittskurve (Tafel 3) ist ein Ausfluß davon, daß wir von Schulepidemien so gut wie ganz verschont geblieben sind. Auch in der Epidemie November/Dezember 1911 und in der Epidemie der Jahre 1916 und 1917 sind die Schulkinder an den Gesamterkrankungen relativ nicht stärker beteiligt als sonst.

Tafel 4 zeigt die Letalität der Diphtherie der Schulkinder (Durchschnitt von 1909 bis 1920) in den einzelnen Monaten, prozentual zur Anzahl der Erkrankungsfälle ausgedrückt. Sie zeigt die höchste Erhebung in dem von der Morbidität so geschonten Monat Juli; jedoch ist darin keinerlei Periodi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zität zu erblicken, weil sie lediglich bedingt wird durch vereinzelte erhöhte Sterblichkeitsziffern im Juni, Juli 1911, 1912, 1913, 1917. Eine kleine Erhebung im November/Dezember entspräche lediglich dem schweren Charakter der Diphtherieepidemie November/Dezember 1911; einigermaßen regelmäßig über die einzelnen Jahre verteilt ist nur die etwas erhöhte Sterbeziffer im Januar/Februar. Seit 1917 ist überhaupt jegliches Charakteristikum aus unserer Letalitätskurve verschwunden. Aus der Letalitätskurve der Erwachsenen und Kleinkinder irgendwelche Schlüsse zu ziehen, wäre wegen der Unzuverlässigkeit der Erhebungen und wegen Zufälligkeiten in der rechtzeitigen Anwendung des Serums bei Kleinkindern verfehlt.

Aus ähnlichen Gründen möchte ich sie auch nicht in Beziehung setzen zu den aus den Veröffentlichungen des Medizinalamts von mir errechneten Mortalitätszahlen für Berlin im Jahre 1912/13, deren tiefste Ziffern 5,3 bzw. 8,3 Proz. und höchste Ziffern 12,7 bzw. 13,6 Proz. ganz unregelmäßig über das Jahr verteilt sind. Fassen wir noch einmal kurz zusammen, was in den letzten 12 Jahren positives in unserer Gemeinde erreicht worden ist:

1. Ein stetiges Absinken der Gesamtmorbidität seit 1917, während alle Landesstatistiken ein Zunehmen zu verzeichnen haben.

2. Eine stetige Abnahme der Erkrankungen bei Schulkindern im Verhältnis zu den Gesamterkrankungen bis über die Hälfte trotz exakterer Meldung bei Schulkindern.

3. Ein völliges Fehlen von Schul- und Hortepidemien seit 1913 (trotz Raummangels in Schulen, fliegender Klassen, Massenspeisung).

Es ist nun die Frage, was noch zu leisten übrigbleibt. Ich bin weit davon entfernt, unsere Verhältnisse für ideal zu halten, solange wir nur auf die Schulkinder einen direkten Einfluß ausüben können. Unzweckmäßig erscheint mir, daß in den Familien die Schlußdesinfektion, auf die wir leider keinen Einfluß haben, noch immer vorgenommen wird, bevor die Bazillenfreiheit festgestellt wird. Bei dem obligatorisch parasitären Charakter der Diphtheriebazillen ist kaum anzunehmen, daß vor erfolgter Desinfektion nach klinischer Genesung bzw. Entfernung der Kranken sich der Gesunde an der toten Umgebung infizieren soll, während es um so wahrscheinlicher ist, daß auch nach erfolgter Desinfektion ein Keimträger noch dauernd Bazillen in die Umgebung ausstreut. Auf den Nasenabstrich sollte man zum mindesten beim Bazillenträger und beim Dauerausscheider nach dem heutigen Stande der Wissenschaft, die die Nase mit ihren Nebenhöhlen als Lieblingssitz der Diphtheriebazillen kennzeichnet, meines Erachtens nicht verzichten.

Daß wir unser Augenmerk immer und immer wieder auf den Dauerausscheider und den Bazillenträger richten müssen, diesen Wolf im Schafsfell, den jeder für harmlos hält, von dem keiner aus natürlicher heiliger egoistischer Scheu sich wie von dem Kranken fernhält, scheint mir der wesentlichste Punkt der gesamten Bekämpfungsmaßnahmen zu sein. Da wir tatsächlich keine Mittel kennen, die Diphtheriebazillen, wenn sie erst einmal in den Körper eingedrungen sind, daraus zu vertreiben, so gilt es eben, sie am Eindringen zu verhindern. Deswegen gilt es den rücksichtslosesten Kampf gegen die Infektionsträger. Das Einzelinteresse kann und darf dabei keine Rolle spielen. Und wenn eine sechswöchige Isolierung,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie sie das Gesetz an die Hand gibt, in ganz vereinzelten Fällen nicht genügt, um den Bazillenträger oder Dauerausscheider zu entkeimen, so müssen wir uns Möglichkeiten schaffen, ihn weiter unschädlich zu halten. Es ist wirklich nicht einzusehen, warum die Gesetzgebung gerade in diesem Punkte zu zartfühlend mit der Bequemlichkeit der Einzelmenschen umgehen zu müssen glaubt, wo unserem Volke doch weidlich rücksichtslosere, in wirtschaftlicher und persönlicher Hinsicht weit schwerwiegendere Zwangsmaßnahmen aufgebürdet worden sind. (Ich erinnere an die Zwangspensionierung, Zwangseinquartierung usw.)

Es gibt trotz allen Heilserums doch immer noch jährlich 12000 Menschenleben im Deutschen Reiche zu retten, ganz abgesehen von dem Heer der durch die Erkrankung schwer Geschädigten. Um unnötige Härten zu vermeiden, müßten allerdings in hartnäckigen Fällen über die abgewirtschafteten landesüblichen Desinfektionsmethoden der Mundhöhlen hinaus auf öffentliche Kosten Entkeimungsversuche mit Toxin-Antitoxin oder nach Petruschky gemacht werden. Zweitens, da eine Entartung der pathogenen Bazillen nach der Gruppe der harmlosen Pseudobazillen nachgewiesenermaßen möglich ist, ohne daß jemals der umgekehrte Vorgang beobachtet wurde, müßte ab und zu die Virulenzprüfung durch die Tierimpfung vorgenommen werden. Hier muß im Falle der Not die Kommune die Initiative ergreifen bei allen städtischen Schulkindern und den in ihren Betrieben beschäftigten Personen. Sollte es aber trotzdem nicht möglich sein, den vielfach vorausgefürchteten weiteren Anstieg der Diphtherie zu hemmen, so käme in Zeiten der Not nur noch die allgemeine prophylaktische Schutzimpfung des gefährdeten Kindesalters mit Toxin-Antitoxin in Frage. Nach Wassermann, Abel, Schick haben etwa 80 Proz. aller Neugeborenen Schutzstoffe gegen Diphtherie in ihrem Blute, es würden also nur diejenigen Kinder zu immunisieren sein, bei denen durch entsprechende Serumprobe das Gegenteil nachgewiesen worden ist. Wie dringend unter solchen Umständen die Forderung der Verstaatlichung der Serumherstellung wäre, ist ohne weiteres klar.

Chronik der Sozialen Hygiene.

V. Organisation und Studien der Sozialen Hygiene.

Von Dr. Alexander Elster, Berlin.

Im Jahre 1915 hat Sanitätsrat Hanauer die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene angeregt, zu deren Schaffung es aber bisher noch nicht gekommen ist; dahingegen ist die sich sehr lebendig betätigende Badische Gesellschaft für soziale Hygiene im Jahre 1916 gegründet worden und steht unter der Leitung des rührigen und bekannten Sozialhygienikers Dr. Alfons Fischer (Karlsruhe), der eine eigene Zeitschrift „Sozialhygienische Mitteilungen“ (1922, 6. Jahrgang) herausgibt. Fischer schrieb in dieser Zeitschrift jüngst (1922, Heft 1) einen kurzen historischen Überblick über den „Aufstieg der Sozialen Hygiene“, aus dem hier folgende Daten entnommen seien:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Da an sozialhygienischen Forschungs- und Lehrstätten nichts als eine Privatdozentur in Berlin und ein Extraordinariat in München bestanden, so richtete die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene bereits im Jahre 1917 an den Landtag eine Bittschrift, in der ein Sozialhygienisches Institut und Lehraufträge für soziale Hygiene an allen Hochschulen neben sonstigen entsprechenden Ausbildungskursen gefordert wurden. Im Jahre 1919 befaßte sich der Preußische Landtag mit einem Antrag, in dem gefordert wurde, daß Lehrstühle und Institute für soziale Hygiene an allen Universitäten geschaffen werden sollen, und daß die Lehrer der sozialen Hygiene abwechselnd mit den Lehrern der physischen Hygiene die medizinischen Kandidaten zu prüfen haben. Von da ab beschäftigten sich die Ordinarien der Hygiene recht lebhaft mit der Frage des Unterrichts in der sozialen Hygiene. Man will die sozialhygienischen Forschungen gepflegt wissen, aber in Filialen der Hygienischen Institute. Auf der Tagung der Deutschen medizinischen Fakultäten im Januar 1920 haben von 23 nur 5 für, aber 15 gegen selbständige Vorlesungen über soziale Hygiene gestimmt. Die preußische Unterrichtsverwaltung hat jedoch im Jahre 1920 ein Ordinariat für soziale Hygiene an der Berliner Universität geschaffen und an vielen anderen Universitäten und Hochschulen wurden inzwischen Lehraufträge für soziale Hygiene erteilt. Dazu kommt die Einrichtung von drei sozialhygienischen Akademien in Preußen."

Die hier erwähnten drei sozialhygienischen Akademien sind in Breslau, Charlottenburg und Düsseldorf im Jahre 1920 errichtet worden zu dem Zweck, „dem seit lange empfundenen Bedürfnis nach einer Fachausbildung der Medizinalbeamten und sonstigen im öffentlichen Dienst stehenden Ärzte (Kommunal-, Schul-, Fürsorge-, Kreisärzte) zu entsprechen." Die Hauptgegenstände des Unterrichts auf der Akademie — soziale Hygiene, soziale Pathologie, Gesundheits- und Krankenfürsorge, soziale Gesetzgebung, Versicherungsmedizin, ärztliche Standesorganisation — sollen in theoretischen Vorlesungen und praktischen Übungen in Kursen von viermonatlicher Dauer eingehend behandelt werden. Die Akademien sind vom Ministerium ermächtigt, über den Erfolg der Ausbildung Bescheinigungen auszustellen.

Der Leiter der Düsseldorfer Akademie Dr. Ludwig Teleky äußert sich in der „Soz. Praxis" (XXX, S. 938) dahin, daß die Veranstaltung der Kurse im Rahmen der Universität nicht möglich gewesen wäre, weil soziale Hygiene von denen gelehrt werden müsse, die praktisch in ihr arbeiten, und zeichnet dann Aufgaben und Lehrgang der Akademie wie folgt:

„Von den Ärzten, die diese Akademie besuchen, muß klinisches Wissen, wie es die Universität vermittelt, vorausgesetzt werden, aber auf anderen Gebieten müssen erst die Grundlagen gelegt werden. Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik, Staatsverwaltung, Statistik, das sind Dinge, von denen der junge Arzt meist recht wenig oder nichts weiß. Recht gering ist auch meist das Wissen auf dem Gebiete der Sozialversicherung. Der Zusammenhang zwischen äußeren Verhältnissen und Krankheitserscheinungen, der auf unseren Universitäten meist recht wenig Berücksichtigung findet, muß dargelegt werden und die Ärzte müssen dazu erzogen werden, in dem Kranken nicht nur ein mit dem oder jenem Medikament zu behandelndes Individuum zu sehen, sondern das Glied einer Gemeinschaft, dessen Gesundheit und Krankheit in engstem Zusammenhang steht mit der Lage dieser Gemein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schaft und mit der Stellung, die es in ihr einnimmt. Sind so die theoretischen Grundlagen geschaffen, dann kann fortgeschritten werden zur praktischen sozialen Fürsorgetätigkeit. Aber auch hier wieder muß damit begonnen werden, den Hörern das Wesen der Wohlfahrtspflege klar zu machen, ihnen die rechtliche Grundlage, auf denen einzelne Zweige derselben fußen (Rechtsstellung des Kindes, Armenrecht usw.), darzulegen. Dann folgt die Einführung in die praktische Gesundheitsfürsorge: schulärztliche Tätigkeit, Säuglings- und Kinderfürsorge, Mütterberatung, Berufswahlberatung, Krüppelfürsorge, Tuberkulosebekämpfung, Bekämpfung des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten. Wohnungswesen und Wohnungsfürsorge, Arbeiterschutz — all dies, soweit es die Natur des Gegenstandes mit sich bringt, verbunden mit Besichtigungen und mit praktischer Tätigkeit in den einzelnen Fürsorgestellen. Als Lehrer wirken in diesem praktischen Teile die auf den einzelnen Gebieten praktisch Tätigen: der Vorsitzende und die Dezernenten der Landesversicherungsanstalt, der Chefarzt einer Heilstätte, der Tuberkulosefürsorgearzt, Säuglingsfürsorgeärzte, der Schularzt, ein Gewerbeaufsichtsbeamter usw. ... Es ist ein gewaltiger Stoff, den die Hörer bewältigen müssen, aber man kann wohl sagen, daß nach Absolvierung des Kurses, der bei viermonatiger Dauer angestrengteste Tätigkeit von den Hörern erfordert, sie wohl imstande sind, die Aufgaben, die ihrer als Kreis- und Kreiskommunalärzte harren, voll bewältigen zu können."

Es dürfte aber in diesem Zusammenhange von Interesse sein, zu sehen, was für Vorlesungen ausgesprochen sozialhygienischer Art auf den Universitäten und Technischen Hochschulen gehalten werden; es waren dies im Wintersemester 1920/21, um dies als Beispiel zu nehmen, die folgenden (mit Nennung der Dozenten und der Stundenzahl):

Berlin. Soziale Hygiene (Grotjahn, 2 + 2 Ue) — Wohnungshygiene (Wolpert, 1). Soziale Medizin in der Augenheilkunde (Kuffler, 1). Unfallheilkunde (Köhler, 1). Bonn. Soziale Fürsorge in Einzelvorträgen (darunter soziale Hygiene, Wohnungshygiene, Tuberkulosen-, Krüppel-, Armen-, Kinder- und Jugendlichenfürsorge). Breslau. Soziale Hygiene (Scheller, 1). Die Arbeiterversicherungsgesetze in ihrer Beziehung zur klinischen Medizin (Groenouw, $1^1/_2$ Ue). Soziale Medizin (Sachs, 1). Erlangen. Soziale Hygiene (Weichardt, 2). Frankfurt a. M. Kinderfürsorge und Jugendpflege (Klumker, 1 + 3 Ue). Allgemeine Gewerbehygiene (Francke, 2 + 1 Ue). Soziale Bedeutung des Blindenwesens (v. Gerhardt, 1). Sozialmedizin (Hanauer, P). Göttingen. Unfall- und Versicherungsmedizin (Lochte, 2). Soziale Medizin (Lochte, 1). Gewerbehygiene (Rosenthal, 1; + 1 nachm. monatl. Besichtigungen). Halle. Gewerbekrankheiten (Loening, 1). Soziale Medizin (Schulz, 1). Soziale Hygiene, einschl. Gewerbehygiene (Dold, 1). Soziale Hygiene, Abt. Fürsorgewesen (v. Drigalski, 1). Hamburg. Sozialhygiene (1 + 4 K). Heidelberg. Soziale Hygiene (Dresel, 2 + Ue). Jena. Soziale Medizin (Gumprecht, 1). Kiel. Sozialhygiene (Kisskalt, 2 Ue; Schütz, 1). Recht der Arbeit (Maschke, 2). Soziale Medizin (Ziemke, 1). Der Alkoholismus und seine Bekämpfung (Schütz, 1). Marburg. Soziale Medizin (Hildebrand, 1). Köln. Soziale Hygiene (Krautwig, 1). Schulhygiene (Czaplewski, 1). Soziale Medizin und ärztliche Rechtskunde (Meder, 1). Königsberg. Soziale Hygiene, Wohnungswesen (Selter, 2). Sozialhygienische Bedeutung der Volkskrankheiten (Hilgers, 1). Soziale Medizin (Puppe, 1). Braunschweig. Gewerbekrankheiten und deren Verhütung (W. H. Schultze, 2). Dresden. Ausgewählte Kapitel über soziale Hygiene (Conradi). Unfallverhütung (Krantz, 1). Wohnungshygiene (Kuhn, 1). Sozialhygienische Übungen (Kuhn). Münster i. W. Jugendfürsorge (Rosenfeld, 2). Jugendfürsorge und -pflege unter Zugrundelegung des neuen Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes (Weber, 1). Rostock. Soziale Hygiene (Reiter, 1 ev. 2 + 2 Ue). Gewerbehygiene (Reiter, 1). Tübingen. Soziale Hygiene (Wolf, 1). Würzburg. Soziale Hygiene (Lehmann, 4). Hannover. Soziale Hygiene (Messerschmidt, 2). Stuttgart. Gewerbehygiene (v. Scheuerlen, 1).

In dem oben erwähnten Aufsatz setzt sich Alfons Fischer auch mit einigen entgegengesetzten Anschauungen und Äußerungen von Hygiene-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

professoren auseinander, und wirft dabei Rudolf Abel vor, daß er die Soziale Hygiene eine „Moderichtung" und ein „Schlagwort" genannt habe. Mit solcher Bezeichnung ist aber meines Erachtens doch nicht ohne weiteres eine Verurteilung dieser Richtung und dieses Schlagwortes als einer möglichen Denkform und eines fruchtbaren Betrachtungskomplexes gegeben. Abel hat vielmehr in seiner Zeitschrift seit Anfang 1916 die aus meiner Feder stammenden Chroniken der Sozialen Hygiene veröffentlicht und damit gezeigt, daß er der modernen Betrachtungsweise unter diesem Schlagwort keineswegs abhold ist, wenn es sich dabei auch nicht um die strenge medizinische Art der hygienischen Lehre handelt. Diese Chroniken, die ich vordem jahrelang in einer anderen Fachzeitschrift veröffentlichte, waren gehalten im Sinne meiner Definition der Sozialen Hygiene, über die freilich neuerdings gerade Alfons Fischer und Alfred Grotjahn schweigen, obwohl ich einer der ersten war, die dieses Gebiet wissenschaftlich abzugrenzen gesucht haben.

Die Gründung einer vorläufigen internationalen Hygieneorganisation ist von der Völkerbundsversammlung auf ihrer ersten Tagung in Genf beschlossen worden. Der Kernpunkt dieses Planes war die Angliederung des Internationalen Hygiene-Instituts, das auf Grund eines in Rom im Jahre 1907 geschlossenen Abkommens errichtet wurde, an die neue Organisation des Völkerbundes. Da die offizielle Zustimmung aller Signatarmächte für die Ausführung dieses Planes geraume Zeit in Anspruch nehmen wird, hat der Rat beschlossen, einstweilen ein vorläufiges Komitee einzusetzen. Zu dieser Bildung ersuchten die Regierungen der vier dauernd in ihnen vertretenen Länder: England, Frankreich, Italien und Japan, sowie die Verwaltungsräte der Liga des Roten Kreuzes und des Internationalen Arbeitsamtes, Mitglieder für ein solches Komitee zu benennen, und beschloß ferner, das Komitee des Internationalen Hygiene-Instituts zu bitten, auch seinerseits fünf Mitglieder zu bezeichnen.

Nach einem Beschlusse des Preußischen Staatsministeriums vom 30. April 1921 wurde ein Landesgesundheitsrat für Preußen gebildet, der am 1. Juli 1921 seine Tätigkeit begann. An diesem Tage wurden die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, die technische Kommission für die pharmazeutischen Angelegenheiten und der Apothekerrat aufgehoben.

Der Landesgesundheitsrat ist eine Behörde zur Beratung in allen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozialhygienischen Fürsorge sowie in den damit zusammenhängenden Angelegenheiten der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Wissenschaft. Er ist zugleich Gutachterausschuß für ärztliche Fragen in Rechtsstreitigkeiten. Der Landesgesundheitsrat hat sich über alle ihm vom Minister für Volkswohlfahrt zur Begutachtung vorgelegten Fragen vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, der gesundheitlichen Fürsorge und der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Wissenschaft aus zu äußern sowie die ihm vom Minister für Volkswohlfahrt auf Ersuchen der Gerichtsbehörden aufgetragenen ärztlichen Gutachten zu erstatten. Ferner hat er aus eigenem Antriebe dem Minister Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen, die auf den Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gesundheitsfürsorge bestehen; auch neue Maßnahmen in Anregung zu bringen, die ihm geeignet erscheinen, die Aufgaben der Medizinalabteilung zu fördern. Die Mitglieder des Landesgesundheitsrates werden für einen Zeitraum von 5 Jahren vom Staatsministerium ernannt. Zu den Verhandlungen, die in der Regel öffentlich sind, können außerdem Sachverständige mit Genehmigung des Ministers für Volkswohlfahrt zugezogen werden. Die Sachverständigen haben beratende Stimme. Der Landesgesundheitsrat tagt in seiner Gesamtheit oder in Ausschüssen.

Ausschüsse wurden gebildet für:

a) das Heilwesen einschließlich der Aus- und Fortbildung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und der übrigen Medizinalpersonen;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) das Gesundheitswesen (Nahrungsmittel-, Wohnungshygiene, Wasserversorgung, Beseitigung der Abfallstoffe usw.);
c) die Seuchenbekämpfung;
d) die Arzneiversorgung;
e) die gerichtliche und soziale Medizin sowie die gerichtliche Psychiatrie;
f) die Gesundheitsfürsorge (Soziale Hygiene);
g) die Gewerbehygiene und die gesundheitliche Arbeiterfürsorge;
h) die Schulgesundheitspflege;
i) das Bevölkerungswesen und die Rassenhygiene;
k) die Prüfung der Ärzte zur Erlangung der Befähigung für die Anstellung als beamteter Arzt.

Der Minister für Volkswohlfahrt ist befugt, noch andere Ausschüsse nach Bedarf zu bilden und bestimmte Geschäfte besonderen Unterausschüssen zu übertragen.

Ein Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung mit dem Sitz in Dresden ist vor einiger Zeit ins Leben gerufen worden, nachdem die Bildung von Landesausschüssen in Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Thüringen, Anhalt, Hamburg, Oldenburg vorangegangen war. Als Aufgabe setzt sich der Ausschuß die Gesunderhaltung des Volkes durch weitgehende Belehrung in Wort und Schrift; möglichster Schutz vor Erkrankung durch Kennenlernen und Wissen alles dessen, was schadet und vermeidbar ist. Die Durchführung soll den Landesausschüssen verbleiben. Da Staat und Gemeinden nicht in der Lage sein werden, größere Summen zur Verfügung zu stellen, ist der Ausschuß besonders auf Geldmittel von nichtstaatlicher Seite angewiesen. Gedacht ist dabei besonders an die Träger der Sozialversicherung und die Gewerkschaften und an Inhaber großer Betriebe wie an Einzelpersonen.

Ein Erlaß des preußischen Wohlfahrtsministers vom 29. November 1920 betrifft Richtlinien für die Einrichtung von Provinzialausschüssen sowie von Orts- und Kreisausschüssen für die hygienische Volksbelehrung (s. die Zeitschrift „Volkswohlfahrt", Nr. 1 vom 1. Januar 1921).

Eine rührige und dankenswerte Tätigkeit auf dem Gebiete der Sozialhygiene und Volkswohlfahrtspflege entfaltet das Preußische Wohlfahrtsministerium, dem noch immer kein entsprechendes Reichsministerium zur Seite getreten ist. Aber es fehlt trotzdem nicht an Anregungen im Preußigen Landtag, daß noch mehr auf gesundheitsfürsorgerischem Gebiet staatlicherseits geschehe. Es wird gerade für die hier zu bewältigenden Probleme und Interessenten von Wert sein, wenn wir hier eine Reihe solcher Anträge verzeichnen; sie gehen namentlich auf Vereinheitlichung und Zusammenfassung unter der Oberleitung des Wohlfahrtsministeriums.

Antrag Braun und Genossen (Drucks. Nr. 1215 von 1921):

Der Landtag wolle beschließen, das Staatsministerium zu ersuchen:

I. Bei Aufstellung des nächstjährigen Haushalts die zurzeit in den Haushalten verschiedener Ministerien verstreuten, unter erkennbaren oder nicht ohne weiteres erkennbaren Bezeichnungen genannten, den nachstehend genannten Zwecken dienenden Mittel aus den Haushalten der einzelnen Ministerien herauszunehmen und sie zusammengefaßt, unter einem besonderen Kapitel im Haushalt des Preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt aufzuführen.

1. Sittenpolizei (Vollzugsmannschaften, Beamte der Sittenpolizei, haupt- und nebenamtlich beschäftigte Sitten- bzw. Polizeiärzte), Zwangsbehandlung der Dirnen, ambulant und in Krankenhäusern, ihre Unterbringung in: a) Fürsorgeerziehung, b) Gefängnissen, c) Arbeitshaus, d) Psychopathenanstalten.

2. Kosten für die soziale Fürsorge dieser Personen (Heime, Reisekosten, Polizeifürsorgerinnen).

3. Bekämpfung des Alkoholmißbrauches, soweit das fragliche Gebiet berührt wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Kosten, die mittelbar und unmittelbar damit in Beziehung stehen und nicht ersichtlich in anderen Haushaltsposten erscheinen.

II. Um eine planmäßige, nach einheitlichen Grundsätzen gestaltete Verwendung der gesamten vorhandenen Mittel zur Eindämmung der aus der Prostitution und Geschlechtskrankheiten sich ergebenden Schäden zu gewährleisten, bei der Reichsregierung dahin zu wirken, daß die anteilig auf Preußen entfallenden Mittel, die bisher den verschiedenen zuständigen Ministerien zugeführt wurden, bei Aufstellung des nächstjährigen Haushalts insgesamt dem Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt zugeführt werden.

Als solche kommen in Frage: a) Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten (Reichsversicherungsamt), b) Behandlungskosten aus der Verordnung vom 11. Dezember 1918, c) Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs, soweit das fragliche Gebiet berührt wird.

III. Zugleich darauf Bedacht zu nehmen, daß die dem Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt zugewiesenen Mittel nicht wie bisher vorzugsweise für die sozialhygienischen, sondern auch für die sozialpädagogischen und sozialwirtschaftlichen Aufgaben verwendet werden.

Antrag Frau Arendsee, Rusch und Genossen (Drucks. Nr. 1250 von 1921):

Der Landtag wolle beschließen: Das Staatsministerium wird beauftragt, bei der Reichsregierung auf die beschleunigte Vorlage eines Gesetzes nach folgenden Gesichtspunkten hinzuwirken:

Das gesamte Gesundheits-, Wohlfahrts- und Fürsorgewesen, einschließlich aller bestehenden Versicherungseinrichtungen ist zusammenzufassen, einheitlich gesetzlich zu regeln und auf alle auszudehnen, die sich dauernd in Deutschland aufhalten.

Die Verwaltung obliegt Selbstverwaltungskörpern, die aus allgemeinen Verhältniswahlen hervorgehen. Die Verwaltungskörperschaften gliedern sich nach Kommunen, Provinzen oder Ländern und gipfeln in einer Reichszentrale. Ihre Vertreter erhalten in allen kommunalen, staatlichen und Reichsbehörden, soweit ihre Interessen berührt werden, Sitz und Stimme.

Für jede Person ist ein dauerndes Gesundheitskataster zu führen.

Alle Ärzte, Hebammen, Apotheker sowie alles Heil- und Pflegepersonal im Deutschen Reiche werden von den Verwaltungskörperschaften widerruflich angestellt. Diese übernehmen auch ihre Aus- und ständige Fortbildung.

Alle Heil-, Pflege- und Erholungsstätten (Krankenhäuser, Entbindungsheime, Kliniken, Ambulatorien, auch See-, Mineral- und sonstige Heilbäder, ebenso Licht- und Luftkuranstalten usw.) gehen an die Verwaltung über.

Heil- und Pflegemittel und sonstiger Bedarf werden in eigener Regie hergestellt oder beschafft.

Zu dem Aufgabenkreis der Verwaltungskörperschaften gehört ferner die Gewerbe- und Bergaufsicht, die sanitäre Gemeinde-, Schul- und Gefängnisaufsicht sowie die Wohnungs- und Lebensmittelkontrolle. Zweckmäßig ist es auch, die Erwerbslosenfürsorge, das Desinfektions- und Bestattungswesen einzubeziehen.

Kur und Fürsorge und auch der Lebensunterhalt werden für die Dauer der Heil- und Fürsorgebehandlung unentgeltlich gewährt. Das Hauptgewicht ist auf vorbeugende Maßnahmen zu legen. Eine wichtige Aufgabe muß die Schaffung und Organisation von Ferienerholungsstätten für Erwerbstätige sein.

Die Kosten für das gesamte Gesundheits- und Fürsorgewesen werden aus allgemeinen Mitteln aufgebracht, zunächst durch Wegbesteuerung der großen Einkommen und Konfiskation der großen Vermögen. Personen, deren Einkommen das Existenzminimum nicht erreicht, bleiben von der Aufbringung der allgemeinen Mittel befreit.

Antrag Braun und Genossen (Drucks. Nr. 1207 von 1921):

Der Landtag wolle beschließen: das Staatsministerium zu ersuchen, daß die staatlichen Bäder als die wertvollsten natürlichen dem Volke gehörenden Heilschätze einheitlich nach vorwiegend der Gesundheit der erkrankten Volksgenossen dienenden Gesichtspunkten verwaltet und deshalb dem Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt unterstellt werden.

Diese Anträge gingen von sozialdemokratischen Parteimitgliedern aus und liegen auf dem Wege zu dem sozialdemokratischen Ziel der Sozialisierung des Heilwesens.

Arbeitsgemeinschaft in der Tuberkulosefürsorge anstatt Fürsorgestelle hat die Ortsgruppe Oberschlesischer Knappschaftsverein des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schlesischen Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose bereits seit 1917 eingeführt (Tuberkulosefürsorgeblatt, Mai/Juni 1921). Sie hat auf die Einrichtung von eigentlichen Fürsorgestellen mit festem Lokal usw. verzichtet. Dafür ist eine Arbeitsgemeinschaft zwischen der Knappschaftskrankenkasse und einer großen Zahl anderer Krankenkassen, den Knappschaftsärzten und den ansässigen Schwesterniederlassungen aller Arten geschaffen worden, aus dem Gedanken heraus, daß es in erster Linie auf ärztliche Aufsicht ankommt.

Mancherlei Organisatorisches geschah auf dem weiteren Gebiet der Wohlfahrtspflege. Wenn diese natürlich nicht durchaus sozialhygienischen Charakters ist, so hat sie doch mancherlei — hier nicht näher festzulegende — Beziehungen zur Sozialhygiene, so daß einige dieser organisatorischen Vorgänge hier erwähnt werden müssen.

Im Dezember 1919 ist ein Hauptausschuß für Arbeiterwohlfahrt gegründet worden, der die Mitwirkung der Arbeiterschaft bei der Wohlfahrtspflege bezweckt, will insbesondere die gesetzliche Regelung der Wohlfahrtspflege und ihre sachgemäße Ausführung fördern. Er sucht diesen Zweck zu erreichen durch Zusammenfassung aller in der Wohlfahrtspflege tätigen Frauen und Männer, Gewinnung neuer Kräfte, Schulung der bereits tätigen und der neu herangezogenen Kräfte, Stellungnahme zu allen Fragen der Wohlfahrtspflege in der Öffentlichkeit und ihre wissenschaftliche Durcharbeitung, Wahrnehmung der Interessen der Arbeit bei der Besetzung von Stellen und bei der Vermittlung ehrenamtlicher Hilfskräfte für die öffentliche Wohlfahrtspflege, Vertretung der Arbeiterschaft bei den Behörden des Reiches, der Länder und der Selbstverwaltungskörper, bei Zusammenschlüssen der Wohlfahrtsorganisationen sowie der Zusammenarbeit mit gleichartigen Organisationen. Sein geschäftsführender Ausschuß, der seinen Sitz in Berlin hat, setzt sich zusammen aus 7 Mitgliedern; seinem Beirat gehören in der Wohlfahrtspflege erfahrene Personen aus allen Teilen des Reichs an.

Bis Anfang 1921 sind dem Hauptausschuß (nach „Soz. Praxis" 1921 Nr. 21) etwa 200 Orts- und 28 Bezirksausschüsse gemeldet. Der Hauptausschuß beschäftigte sich bisher vornehmlich mit der Förderung der Organisation, mit der Sammlung von Material zu den dazu gehörenden Fragen. Er hat sich den Reichs- und preußischen Behörden angemeldet und ist durch Delegation in amtlichen, halbamtlichen und privaten Veranstaltungen und Organisationen vertreten, er fördert auf jede mögliche Weise die Ausbildung von Kräften für die Wohlfahrtspflege (für Beruf und ehrenamtliche Mitarbeit) und beschäftigt sich mit den schwebenden Problemen des sozialen Lebens unter wissenschaftlichen und prinzipiellen Gesichtspunkten. Es ist ganz besonders gelungen, die Ausbildung von weiblichen Arbeitskräften für die soziale Arbeit zu fördern.

Die Reichsgemeinschaft von Hauptverbänden der freien Wohlfahrtspflege trat aus dem Stadium des Programms in das Stadium der Tätigkeit. Es gehören ihr an: 1. Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände, 2. Caritasverband für das katholische Deutschland, 3. Zentralausschuß für Innere Mission der deutschen evangelischen Kirche, 4. Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge, 5. Deutscher Verein für ländliche Wohlfahrts- und Heimatpflege, 6. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 7. Zentralausschuß für Auslandshilfe.

Ein Landesamt für Wohlfahrtspflege in Sachsen ist laut Verordnung vom 18. März 1921 zum Gesetz über die Wohlfahrtspflege vom 30. Mai 1918 beim sächsischen Ministerium des Innern gebildet worden. Der Landesverein für Volkswohlfahrt in Hannover richtet Bezirkswohlfahrtstage für die Provinz Hannover ein, die alle Behörden und Organe der Wohlfahrtspflege zur Aussprache versammeln sollen. Eine Arbeitsgemeinschaft von Versicherungsträgern und Trägern der Wohlfahrtspflege ist in Schlesien gegründet worden, und ähnlich wie die Bildung des deutschen Ausschusses für die Neugestaltung der Wohlfahrtspflege ist die Bildung eines Zentralausschusses für deutsch-österreichische Wohlfahrtspflege (in Wien) zu verzeichnen. — Diese Zusammenschlüsse und zusammenfassenden Behördengründungen sind offenbar als ein Weg gedacht, bei sinkender Finanzkraft steigende Aufgaben durch Vereinigung von Menschenkraft zu bewältigen. Organisation und Ausbildung, systematische Schulung und methodische Arbeit muß ersetzen, was an ursprünglicher Hilfskraft an Geld und charitativer Arbeitswilligkeit in den gegenwärtigen schweren Zeiten eben naturgemäß nicht vorhanden sein kann. Auch eine Arbeitsgemeinschaft für Unfallverhütung ist im September 1921 gegründet worden durch Zusammenschluß von Berufsgenossenschafts- und Gewerkschaftsverbänden.

Der preußische Wohlfahrtsminister Stegerwald hat für Unterrichtsanstalten, die sich mit Belehrung in der Wohlfahrtspflege befassen, eine staatliche Anerkennung und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Regelung der Prüfungen vorgesehen. (Erlaß vom 22. Oktober 1920.) Auf Antrag wird solchen Wohlfahrtsschulen, die in ihren Lehrplänen und Lehrkräften, in ihrer Leitung und ihren Einrichtungen hinreichende Gewähr für eine ordnungsgemäße Ausbildung der Wohlfahrtspflegerinnen bieten, die staatliche Anerkennung auf Antrag erteilt. Diese Anträge sind an den zuständigen Regierungspräsidenten, in Berlin an den Polizeipräsidenten zu richten. Die Dauer des zusammenhängenden Lehrganges einer Wohlfahrtsschule ist auf zwei Jahre festgesetzt; der Lehrgang betrifft sämtliche Fragen der Gesundheitsfürsorge, der Jugendwohlfahrtspflege und der allgemeinen und wirtschaftlichen Wohlfahrtspflege. Eine staatliche Anerkennung der Wohlfahrtsschule ist also nur möglich, wenn sich die theoretische und praktische Ausbildung der Schülerinnen auf diese Gebiete erstreckt. Als Schülerinnen der Wohlfahrtsschulen kommen weibliche Personen aller Bevölkerungsschichten in Betracht.

Eine für die Wohlfahrtspflege und Sozialhygiene in Deutschland überaus wichtige Organisation ist die der Quäker, die, mit großen amerikanischen Geldmitteln ausgerüstet, sehr viel Gutes für deutsche Kinder getan haben. Seit dem 1. Jan. 1922 ist die Verwaltung der von den Quäkern eingerichteten Kinderspeisungen in deutsche Hände übergegangen, da die Quäker ihre eigene Organisation für die Hilfsaktion in Rußland brauchten. In 10 Mittelstellen ist die Organisation jetzt zusammengefaßt. Über die Erfolge berichtete in der „Zeitschr. f. Gesundheitspflege" 1921 Dr. Stephani (Mannheim).

Über ein zu errichtendes Staatliches Institut für Arbeitswissenschaft und Gewerbehygiene in Berlin übergab der Preußische Minister für Volkswohlfahrt dem Preußischen Landtag (Drucks. Nr. 2961) unterm 24. Mai 1922 eine Denkschrift, in welcher die Aufgaben dieses Instituts, namentlich auf dem Gebiete der Arbeits- und Berufspsychologie, eingehend dargelegt wurden. Unter anderem heißt es darin:

Daß von der einen Seite nur wissenschaftliche Psychologie, von der anderen Seite nur praktische Psychologie getrieben wird, schadet nur dann nichts, wenn es außerdem eine Stelle gibt, welche die Ergebnisse beider unter einheitlichen Gesichtspunkten — und dieser Gesichtspunkt ist eben der der Menschenökonomie — zusammenfaßt. Ein Hochschulinstitut wird die Bearbeitung einer ihm gestellten Aufgabe ablehnen, wenn es kein wissenschaftliches Interesse an der Lösung hat. Ein praktischer Psychologe bearbeitet nur die Aufgaben, die ihm rentabel erscheinen. Es muß daher ein Institut geschaffen werden, das sich ohne Nebenrücksichten völlig in den Dienst der menschenökonomischen Aufgabe zu stellen bereit ist.

Ebensowenig wie etwa die Medizinalabteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt praktischen Ärzten oder Kliniken und wissenschaftlichen Instituten Konkurrenz macht, soll das Institut für Arbeitswissenschaft und Gewerbehygiene irgend ein staatliches oder privates psychologisches Unternehmen, irgend eine Einrichtung oder Person, die sich mit der Psychologie befaßt, stören, hindern oder gar schädigen.

Die Aufgaben des Instituts wären vielmehr wie folgt zu formulieren: Es soll,

1. schädliches und hemmendes Nebeneinanderarbeiten verschiedener Stellen verhindern,
2. wertvoll erscheinende Ergebnisse einer Stelle durch andere Stellen nachprüfen lassen oder selbst nachprüfen,
3. ein einheitliches Forschungsprogramm aufstellen, in dem die dringendsten Aufgaben an der Spitze stehen und Lücken der Forschung als solche erkennbar werden,
4. die sich ergebenden Aufgaben an andere, ihrer Eigenart nach für die Bearbeitung besonders geeignete Stellen verteilen,
5. unter mehreren dem gleichen Zweck dienenden Methoden die praktischsten auswählen,
6. geeignete Parallelmethoden zwischen verschiedenen Prüfstellen austauschen und damit verhindern, daß eine Stelle immer wieder dieselben Aufgaben anwendet und dadurch eine Vorbereitung der Prüflinge auf diese Aufgaben möglich macht,
7. Methoden, die Kenntnisprüfungen darstellen, ausmerzen und durch Untersuchungsverfahren ersetzen, bei denen lediglich spontan erworbenes Wissen und die Funktionsfähigkeit der Organe unmittelbar an einem neuen, unbekannten, erst für diesen Zweck dargebotenen Material geprüft wird,
8. dilettantische oder irreführende Methoden prüfen und prüfen lassen und sie nach abfälliger Wertung ausscheiden,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

9. dafür sorgen, daß die sozialpolitischen und volksgesundheitlichen Gesichtspunkte regelmäßig beachtet und zu einem unerläßlichen Bestandteil der Wirtschafts- und Gewerbepsychologie werden,

10. an der Ökonomisierung der staatlichen gewerblichen Betriebe durch die ihm zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Mitarbeiter aktiv mitarbeiten, um auch den staatlichen Betrieben ein rentables Arbeiten zu ermöglichen,

11. eine Entwicklung des Volkssports nach volksgesundheitlichen Gesichtspunkten zum Zwecke der Ertüchtigung der Jugend und zum Ausgleich der durch einseitige oder gesundheitsschädliche Beschäftigung bedingten Gesundheitsstörungen fördern.

Der allgemeine Gesundheitszustand hängt, wie leider auch von den Ärzten noch nicht allgemein erkannt ist, zum wesentlichsten Teil vom seelischen Befinden ab. Es gibt keine Erkrankung, die auf ein einziges Organ beschränkt wäre. Selbst ein Knochenbruch heilt schneller und besser, wenn der Arzt die lokalen Behandlungsmethoden durch psychotherapeutische Maßnahmen unterstützt. Durch die angewandte Psychologie die Berufsfreudigkeit, Gesundheit und Zufriedenheit zu heben, ist also auch eine Aufgabe und ein Ziel der Gewerbehygiene.

Der gewerbeärztliche Aufsichtsbeamte hat nach physiologischen und psychologischen Gesichtspunkten für gefährliche Arbeiten Individuen auszuwählen, die infolge ihrer seelischen und körperlichen Verfassung dafür besonders geeignet sind und mit natürlichen und gut entwickelten Schutzreflexen und Reaktionen gegen die spezifischen Gefahren ausgestattet sind. In Gewerben, die zu chronischen, unheilbaren, aber das Leben nicht gefährdenden und sehr langsam fortschreitenden Erkrankungen Veranlassung geben, muß ein Arbeiterwechsel möglichst vermieden werden, damit nicht immer neue, dem Gewerbe zuströmende, selbst jugendliche Arbeiter von der Erkrankung ergriffen werden. Den schädigenden Wirkungen einer gewerblichen Arbeit sollen immer nur diejenigen Arbeiter ausgesetzt werden, die dieser schädigenden Wirkung unter keinen Umständen entzogen werden können. Es ist unökonomisch, wenn z. B. in unmittelbarer Nähe der Hammerschmiede eines Betriebes andere Arbeiter nicht geräuschvolle Arbeiten ausführen, weil diese Arbeiter, wie durch einen Gewerbearzt leider festgestellt werden mußte, ausnahmslos schwerhörig geworden waren, trotzdem sie ihre Arbeiten ohne Störung des Betriebes an einer anderen Stelle hätten verrichten können.

Dem zu errichtenden Institut für Arbeitswissenschaft und Gewerbehygiene würden für diese Zwecke die Gewerbeärzte zur Verfügung stehen, die für die Durchführung gesundheitlicher Verhältnisse in den gewerblichen Betrieben verantwortlich sind. Sie sollen an den psychologischen Eignungsprüfungen Anteil nehmen, haben die Aufgabe, durch Ermüdungsmessungen und gesundheitliche Untersuchung und Überwachung im Interesse der Volksgesundheit zu wirken, und sind berufen und geeignet, die Automatisierung der Arbeitsverrichtung Hand in Hand mit den technischen Gewerbeaufsichtsbeamten durchzuführen. Diese Beamten arbeiten ohne den Unternehmer materiell zu belasten, und nur durch sie ist die Sicherheit gegeben, daß die allgemeinen sozialen Gesichtspunkte gewahrt und ständig berücksichtigt werden. Auch die Kreismedizinalräte sollen nach Anweisung des zentralen Instituts unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Eignung an den kommunalen und provinzialen Berufsberatungsstellen mitarbeiten.

Die Leitung des Instituts soll Dr. Lipmann übertragen werden.

Besprechungen.

Prof. Dr. A. Bacmeister. Die hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose. 3. Aufl. Jena, G. Fischer, 1922.

Die dritte Auflage der vorliegenden Abhandlung, die in erster Linie dem praktischen Arzt und Hausarzt gewidmet ist, weist gegenüber der ersten im Jahre 1918 erschienenen Auflage wesentliche Erweiterungen und Verbesserungen auf. Die Absicht, dem Hausarzt in manchen wichtigen Fragen das gerade jetzt so notwendige Verständnis für die Lungentuberkulose zu erleichtern und ihm die Richtlinien für ihre erfolgreiche Behandlung an die Hand zu geben, ist dem als Wissenschaftler und Praktiker gleich gut bekannten Verfasser voll und ganz gelungen.

Dem eigentlichen Inhalt der hausärztlichen Behandlung der Lungentuberkulose gehen zwei orientierende Abschnitte: Grundsätzliche Fragen über die Entstehung und Behandlung der Lungentuberkulose und ihre klinischen und anatomischen Formen, Nomenklatur und Einteilung voraus, ohne deren Kenntnis eine rationelle Behandlung nicht möglich ist.

Die Bacmeistersche Einteilung der Lungentuberkulose, die in der vorliegenden Auflage gegenüber der ersten in etwas modifizierter Form gebracht wird, gründet sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf die pathologisch-anatomische Einteilung von Aschoff und seiner Schule. Wenn sie auch dem Ideal eines Einteilungsprinzips, nach dem in den letzten Jahren von den verschiedensten Seiten mit heißem Bemühen gesucht wird, noch nicht entspricht, was ja auch dem Wesen der Sache nach gar nicht möglich ist, so steht ihre klinische Brauchbarkeit, von der sich Referent in mehreren Jahren seit ihrem Bestehen überzeugen konnte, zweifellos fest und verdient es entschieden, unter den Praktikern bekannt und von ihnen benutzt zu werden, auch schon um dem Konnex und dem gegenseitigen Verständnis zwischen ihnen und den Heilstätten und Krankenhausarzt zu dienen. Und daran ändert auch nichts, daß zur pathologisch-anatomischen Diagnose des Praktikers und Klinikers sehr oft das Röntgenbild unentbehrlich ist; ein solches steht in vielen Fällen, auf die es dann ankommt, heutzutage doch bei gutem Willen zur Verfügung.

Die eigentliche hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose wird als Allgemeinbehandlung, symptomatische und spezifische Behandlung besprochen; ihr reihen sich kurze Abschnitte über Pneumothoraxtherapie und Thorakoplastik, Wahl des Kurorts, Heiratserlaubnis und Unterbrechung der Schwangerschaft an. Bei der spezifischen Behandlung ist zur Tuberkulinbehandlung, der Deyke-Muchschen Partigentheraphie, dem Petruschkyschen und Ponndorfschen Verfahren und zur Friedmannbehandlung Stellung genommen.

Auch bei der Allgemeinbehandlung und symptomatischen Behandlung wird man kaum ein wichtigeres Symptom vermissen, für dessen Behandlung dem Praktiker nicht schätzenswerte Winke an die Hand gegeben werden. Es hat ferner die Licht- und Sonnenbehandlung, Behandlung mit künstlicher Höhensonne, die Röntgentiefenbestrahlung, die Behandlung mit Kieselsäure, die Proteinkörpertherapie und die Behandlung mit Schwermetallen Berücksichtigung gefunden. Die kurz eingestreuten diagnostischen und prognostischen Winke machen die Lektüre des Büchleins noch schmackhafter.

Erfreulich ist überall die klare und präzise Stellungnahme des Verfassers zu den immer wieder diskutierten Behandlungsverfahren, die frei von jeder einseitigen Über- und Unterschätzung die streng sachliche und abwägende Kritik des erfahrenen Kenners bietet; so sollte z. B. den Abschnitt über Tuberkulintherapie und überhaupt über spezifische Behandlung jeder praktische Arzt lesen und beherzigen.

Das kleine flott geschriebene Werk ist jedem Praktiker, der sich mit phthiseotherapeutischen Fragen beschäftigen muß, warm zu empfehlen. Für eine Neuauflage wäre ein kurzer Abschnitt über Lungentuberkulose im Kindesalter erwünscht.

Fürbringer (Römhild).

A Half Century of Public Health. Jubilee Historical Volume of the American Public Health Association. Mazyck P. Ravenal, Editor-in-Chief, 461 p + XI. New York 1921. American Public Health Association, 370 Seventh Avenue. Cloth, Dol. 5,25; Stiff paper cover, Dol. 3,75.

Der stattliche, 461 Seiten umfassende Band, gibt einen Überblick über das, was in den letzen 50 Jahren in den Vereinigten Staaten von Nordamerika auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege geleistet worden ist — wenigstens theoretisch. Wer amerikanische Verhältnisse aus eigener Anschauung kennt, weiß, daß zwischen dem, was als Verordnung oder Gesetz auf dem Papier steht und der Wirklichkeit nicht immer vollkommene Übereinstimmung zu herrschen braucht. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß bei der weitgehenden Selbständigkeit der einzelnen Staaten, die etwa in einem oder einzelnen Staaten erzielten günstigen Erfolge nicht ohne weiteres als in dem ganzen großen Gebiete der Union vorhanden angesehen werden können. — An der Zusammenstellung des Werkes, das dem Gründer und ersten Präsidenten der Americ. Public Health Assoc., St. Smith, gewidmet ist, haben sich 19 Autoren mit ebensovielen Beiträgen beteiligt. Nachdem in einleitenden Kapiteln die Geschichte der Gesundheitsverhältnisse in den Vereinigten Staaten (St. Smith) und Kanadas (P. H. Bryce) berührt und eine etwas ausführlichere Darstellung des Werdens und der Leistungen der Ges. f. öffentl. Gesundheitspflege (M. P. Ravenel) gegeben, sowie die Bakteriologie in ihrer Bedeutung für dieselbe (F. C. Groham) gewürdigt worden ist, folgt eine durch Karten und Kurven anschaulich gemachte Übersicht über die Sterblichkeitsverhältnisse in America (F. L. Hoffman). Für vier Städte (New York, Philadelphia, Boston, New Orleans) liegen statistische Angaben für über 100 Jahre vor. Bei einer Zusammenfassung dieser Zahlen (1815 bis 1914) ergibt sich, daß sich die Sterbeziffern pro 1000 in den einzelnen Vierteljahrhunderten verhalten wie 28,1 : 30,2 : 25,7 : 18,9. Für die letzten fünf Jahre (1916 bis 1920) sind sie von 15,4 auf 13,7 gefallen. Im einzelnen zeigt der Gang der Sterblichkeitskurve in den einzelnen Staaten und Städten natürlich erhebliche Verschiedenheiten. Es folgen Kapitel über das Quarantänesystem der Vereinigten Staaten (H. S. Cumming), die staatliche und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

städtische Kontrolle von Krankheiten (Ch. V. Chapin), die Wasserversorgung (G. C. Whipple), Entfernung der Abfallstoffe (R. Hering), Flußwasserverunreinigung durch Industrieprodukte (B. Phelps), Kontrolle der Nahrungsmittel (C. A. Alsberg) und ihre Konservierung (S. C. Prescott), über die Milch und ihre Bedeutung für die öffentliche Gesundheit (Ch. E. North). Das sogenannte Zeitalter des Kindes hat natürlich auch in Amerika Veranlassung gegeben, sich eingehend mit der Wohlfahrt des Kindes zu beschäftigen, und man kann sich beim Durchlesen des Artikels (Ph. van Ingen) darüber zuweilen des Eindrucks nicht erwehren, ob nicht manchmal etwas zu viel des Guten getan wird, und ob alle die Maßnahmen wirklich im Interesse einer vernünftigen Eugenik liegen. Der Überblick über die Leistungen auf dem Gebiete der Gewerbehygiene und des Versicherungswesens (G. M. Kober) wird dadurch erschwert, daß die einzelnen Staaten die Angelegenheit zum größten Teil selbständig regeln; eine Reihe von Bestimmungen scheint erst in den letzten Jahren erlassen zu sein. Die Bedeutung des Hauses (L. Veiller) und der Ventilation (G. T. Palmer) werden in besonderen Kapiteln behandelt. Mit einem geschichtlichen Überblick über die Insekten als Krankheitsüberträger (L. O. Howard) und einem Artikel über die Aufgaben und die Tätigkeit der Gesundheitspflegerinnen (L. L. Dock), deren Zahl und Arbeitsgebiete in den letzten Jahren anscheinend ganz außerordentlich zugenommen haben — ob immer zur Freude der Ärzte? —, schließt der Band. Bezüglich der zahllosen Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Bei einem kurzen Referat konnte es sich im wesentlichen nur um eine Inhaltsangabe handeln, die andeutet, was darin zu finden ist. — Druck und Ausstattung des Buches sind gut. K. Hintze (Leipzig).

Hoepfner. Grundbegriffe des Städtebaues. 1. Bd. Mit 37 Abb. sowie 8 Tafeln im Text. V und 216 S. Berlin, Julius Springer, 1921. 45 M.

Verf. will Klarheit darüber herbeiführen, „ob und warum in jedem der unter sich tausendfach verschieden gearteten Fällen im Städtebau die Lösung so und nicht anders ausfallen muß". Nachdem die durch den Verkehr, die Geländebeschaffenheit usw. bedingte Straßenführung besprochen ist, folgen die für den Hygieniker interessanteren „Allgemeinen Grundbegriffe für den Aufbau eines Wohnviertels". Dieser Aufbau ist abhängig von der Blockgestaltung und letztere wiederum von der Bauweise und Geschoßzahl der einzelnen Häuser. Verf. gibt dem Flachbau den Vorzug vor dem vielgeschossigen Hochbau, indem er als Mängel des letzteren folgende aufzählt: Beschränkung des Nebenraumes und Erschwerung der Benutzung durch die Bewohner, Herabsetzung der Wohnsitten, Schädigung der Gesundheit, gegenseitige Störung der Bewohner infolge gedrängter Wohnweise, schließlich das Abgeschlossensein vom Aufenthalt außerhalb des Hauses. Diesen Ausführungen wird man zustimmen können, wenn auch die Begründungen, die er für seine Ansichten beibringt, nicht immer mit den Lehren der Hygiene übereinstimmen. Es wäre wohl zweckmäßiger gewesen, wenn sich der Verf. über den Einfluß von Licht und Luft statt bei einem Fischzüchter in einem Lehrbuch der Hygiene orientiert hätte. Er würde dann erkennen, daß keineswegs alle Hygieniker die Querlüftung der Wohnungen, die er vom bautechnischen Standpunkte bedauert, als unbedingt notwendig erachten. — Interessant sind die angeführten Kostenberechnungen, aus denen hervorgeht, daß der Flachbau und sogar das Einfamilienhaus mit dem Hochbau durchaus wettbewerbsfähig sind. Die Frage: Offene oder geschlossene Bauweise? hält er für weniger bedeutungsvoll für die Güte der Wohnverhältnisse, wie die nach der Geschoßzahl. Es besteht aber die Gefahr, daß das Kleinhaus bei offener Bauweise wettbewerbungsunfähig wird. Beim Reihenhaus ist ebensoviel Gewicht auf die Ausgestaltung der Hinterfront, als auf die der Vorderfront zu legen. Es folgen sehr eingehende Berechnungen über die Durchsonnung der Wohnräume. Diese bieten aber nichts neues. Ref. kann sich auch nicht mit allen Schlußfolgerungen des Verf. einverstanden erklären. Bemerkenswert sind dagegen die Berechnungen über die Besonnung der Bodenflächen in den Straßen und im Blockinnern. Jedenfalls ist es sehr zu begrüßen, daß diese Fragen nunmehr eingehendere Beachtung auch von seiten der Städtebauer finden. Korff-Petersen (Berlin).

Adolf Ringling. Die Urquellen gesunden Nerven- und Seelenlebens, des Willens und des Glückes. Magdeburg, Federbücherei, 1922.

Das Buch soll eine Lebensführung für Gesunde und Nervenleidende sein. Die Ursachen der Nervenleiden und Krankheitserscheinungen werden kurz besprochen. Als Hauptheilmittel wird zweckdienliche Arbeit vorgeschlagen, als Hilfsmittel eine Reihe seelischer und körperlicher Verhaltungsmaßregeln gegeben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Buch ist in rehr ruhiger, leicht faßlicher, dabei gründlicher und auf die Wechselbeziehungen von körperlichem und seelischem Befinden tief eingehender Weise geschrieben. Wenn es auch nicht von einem Arzt stammt, so kann es, da es von wirklicher Lebensweisheit getragen wird und mit der herrschenden medizinischen Auffassung nicht im Widerspruch steht, weil es überzeugende Aufklärung und Ratschläge für eine gesunde Lebensführung bringt, durchaus im Sinne einer guten Aufklärungsschrift empfohlen werden. Dresel (Heidelberg).

Dr. med. Rau. Die Geschlechtskrankheiten, allgemeinverständlich dargestellt. 2. Aufl. Dresden, Rudolphsche Verlagsbuchhandlung, 1921.

Auch dies Buch soll eine Aufklärungsschrift sein. Die Geschlechtskrankheiten werden eingehend geschildert, die Behandlungsmöglichkeiten viel zu ausführlich besprochen. Um das Buch zu charakterisieren, sollen einige Stellen wörtlich wiedergegeben werden. S. 71: „Es ist im allgemeinen für den Ehemann nicht ratsam, seinen Fehltritt der Ehegattin, besonders wenn diese nicht angesteckt ist, einzugestehen, es führt zur inneren Entfremdung, zum Verlust oder Verminderung von Liebe, Achtung und häuslichem Frieden und liefert ihr für die Gegenwart und die Zukunft die schlimmsten Waffen." — „Man verberge deshalb vor seiner Ehefrau die Tripperspritze, Medikamente u. dgl." ... „Die Ehefrauen haben bei den nahen körperlichen und seelischen Beziehungen ein solch feines Gefühl für das abweichende Verhalten ihrer Ehemänner, daß selbst die kleinsten Veränderungen von den täglichen Gewohnheiten und Gemütsstimmungen ihnen auffallen und ihren Verdacht erregen." ... „Bei unerfahrenen Frauen kann man auch irgend ein ungefährliches Leiden, wie Blasenkatarrh, Hämorrhoiden angeben. Bei erfahrenen Frauen aber oder solchen, die die Tripperspritze u. a. gefunden haben und von Freundinnen über die Bedeutung des Fundes aufgeklärt werden, bleibt nichts anderes übrig, als einen Harnröhrenkatarrh einzugestehen, der durch Erkältung, Überreizung, Genuß von schlechtem Bier, auf dem Klosett, durch den Verkehr mit ihrer Frau während ihrer Regel oder durch ihren Weißfluß entstanden sei. Der letzte Grund hat bei einer schon angesteckten Frau den Vorteil, daß der Mann sie veranlassen kann, sich wegen ihres »Weißflusses« behandeln zu lassen." Bei der Behandlung der Lues (S. 113) heißt es: „Zuweilen verschreibt man innere Quecksilbermittel Personen, die weder schmieren noch zum Arzt gehen können, Kranken, die viel auf Reisen sind, oder Ehefrauen, die von ihren Ehemännern angesteckt sind und von der Art ihrer Krankheit nichts erfahren sollen. Der Ehemann bringt seiner Frau dann die verordneten Medikamente mit, mit der Angabe, der Apotheker habe sie ihm als gutes Blutreinigungsmittel gegen ihren Hautausschlag, ihre Halsbeschwerden, Geschwüre u. dgl. empfohlen. Daß bei einer solchen Kur unter falscher Flagge von einer gründlichen Behandlung jedoch nicht die Rede sein kann, ist selbstverständlich." Diese Proben werden genügen. Es ist tief bedauerlich, daß ein Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einer zur Aufklärung berechneten Schrift über Geschlechtskrankheiten solche Sätze drucken läßt, und noch bedauerlicher ist es, daß ein solches Machwerk gar die zweite Auflage erlebt. Ganz unbegreiflich aber erscheint es dem Referenten, daß ein derartiges Buch, wie aus dem Begleitschreiben des Verlages hervorgeht, in einer Mitteilung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und in der Ärztlichen medizinischen Rundschau empfohlen wird; ebenso in den Ärztlichen Mitteilungen. In den letzteren soll es sogar heißen: „Das Büchlein kann jedem jungen Menschen beiderlei Geschlechts als Mentor empfohlen werden." Trotzdem sich in dem Buche heftige Ausfälle gegen die Kurpfuscherei finden, muß es direkt als eine Anleitung zu Kurpfuscherei und Selbstkurierung bezeichnet werden, da die Behandlung ganz ausführlich, allerdings unter Fortlassung der Dosierung, angegeben wird. Dresel (Heidelberg).

Alfred Stehr. Grundlegung zur sozialen Hygiene und Politik. 1. Bd.: Die Entwicklung der Gefühle und das Glück. Leipzig, J. A. Barth, 1921. 24 M.

Der Verf. macht den Versuch, grundlegende Gesichtspunkte der Aufgaben des Staates bei Sanierung des Gefühlslebens aufzustellen. Einleitend werden die hauptsächlichsten lustbetonten Gefühlsformen in ihrem gegenseitigen Verhältnis — Ich und Nicht-ich — und die beiden Grundrichtungen ihrer gefühlsbetonten Bewegung — Empfindung und Gefühl — kritisch gewertet. Es folgen klare Ausführungen über die Entwicklung der Gefühle. Die Tendenzen in der Entwicklung der Gefühle, die Leistung als Wertmaßstab der Gefühle werden besprochen. Eingehend wird des Menschen Freud und Leid abgehandelt, um schließlich die Verankerung der Gefühle im Objektiven (Prophy-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

laxe des Unglücks) aufzuzeigen. Der Verf. geht davon aus, daß „die Naturwissenschaften, soweit sie den Menschen zum Objekt ihrer Forschungen machen, also besonders ihr medizinischer Teil, berufen sind, dem Menschen nicht nur die Richtung auf das naturgegebene allgemeine Ziel zu zeigen, nicht nur die Bedingungen, unter denen er das Höchste leisten kann, klarzustellen, sondern auch bezüglich des Optimums geistiger Funktionen bzw. geistiger Zustände das letzte Wort zu sprechen." Feinsinnige Ausführungen über den Endzweck des Staates und besonders der Republik werden gemacht. Der glückversprechende demokratische Gedanke, soweit er die verfügbare Energie in den Dienst kurzsichtiger Ziele stellt, wird scharf kritisiert. Nachdrücklich wird das Leid als werteschaffendes Prinzip herausgestellt als „erster und wichtiger Hebel des Fortschritts". Dem Glücksgefühl wird die Berechtigung abgesprochen, um seiner selbstwillen angestrebt zu werden. „Priester, Arzt und Staatsmann haben sich in Wirklichkeit auch nie gescheut, wenn sie Führer und nicht Knechte und Schmeichler der Massengefühle (Demagogen) waren, da wo einem Endziele Opfer zu bringen waren, dem Individuum Leiden zuzumuten — gleichgültig, ob ihre Ideale haltbar waren oder nicht." Bei der Betrachtung der Wege, um eine Beherrschung der Gefühle anzustreben oder zu erreichen, wird die soziale Hygiene definiert als „die letzte Frucht des medizinischen Denkens, die den Übeln vorbeugen will, die aus dem Zusammenleben der Menschen, den sozialen Verhältnissen und aus ihren Leistungen (besonders der industriellen Technik) quellen". Mit vollem Recht nennt der Verf. seine Arbeit „eine Grundlegung zur Hygiene der Gefühle".

Wer von sozialhygienischer Arbeit Heil für unser Volk erwartet, wird diese klare, kritische, eine umfangreiche Literatur berücksichtigende Schrift mit großem Vorteil für eine zielsetzende Einstellung lesen. Erst wenn solche meist fernliegende Gedankengänge Allgemeingut der Ärzte werden und das Handeln befruchten, ist auf Erfolg der sozialhygienischen Tätigkeit zu rechnen. Dresel (Heidelberg).

Privatdozent Dr. Simon (Frankfurt a. M.). Spätrachitis und Hungerosteopathie. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. 14. Bd., Heft 6. 95 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. Brosch. 18 M.

Die Kriegsosteopathien sind im allgemeinen nicht als grundsätzlich neue Krankheiten, sondern als gehäuftes Vorkommen schon früher bekannter Erkrankungen, nämlich von Rachitis und Osteomalacie anzusehen. Als ursächliche Momente kommen in Betracht: unzureichende Ernährung, Intoxikationen, schlechte Wohnverhältnisse, mangelnde Körperpflege usw. Die bewährten therapeutischen Maßnahmen sind durch Massage und Freiluftlicht zu unterstützen. Solbrig (Breslau).

Kreisarzt Dr. Nowack (Cottbus). Beobachtungen bei einer Pockenepidemie im Landkreise Gelsenkirchen 1919/20. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. 14. Bd., Heft 5. Berlin, Rich. Schoetz, 1921.

Von April 1918 bis Mai 1920 kamen 281 Pockenerkrankungen mit 42 Todesfällen zur Feststellung. Von den Gestorbenen waren 27 nachweislich ungeimpft oder erfolglos geimpft, 2 Gestorbene waren zu spät geimpft, nur 1 Gestorbener hatte deutliche Impfnarben und bei 12 von den Gestorbenen war der Impfzustand unbekannt. Die Zahl der leichten Fälle, die deutliche Impfnarben aufwiesen, betrug 146. Von 179 Erkrankten, die überhaupt einmal in ihrem Leben mit Erfolg geimpft worden waren, starb nur ein einziger. Die Schlußfolgerungen über den Nutzen der Impfung ergeben sich hiernach von selbst. Solbrig (Breslau).

Kreisarzt Dr. Ickert (Mansfeld). Können durch Benutzung gebrauchter Moorwannenbäder Krankheiten übertragen werden? Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. 14. Bd., Heft 5. Berlin, Rich. Schoetz, 1921.

Die Frage ist theoretisch zu bejahen, da nur gewisse Moorarten imstande sind, Krankheitskeime schnell abzutöten. Praktisch ist die Gefahr der Übertragung von Krankheiten durch solche gebrauchten Moorbäder nicht erheblich, da die physikalische Beschaffenheit des Moorbades die Berührung der von dem ersten Benutzer des Bades etwa zurückgelassenen Keime mit einem zweiten Badegast fast unmöglich macht.
Solbrig (Breslau).

Lämel. Einführung in die schulärztliche Tätigkeit. 66 S., 6 Vordrucke. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1922. 15 M.

Verf. ist Schularzt in Berndorf, Nieder-Österreich. Er gibt in dem Buche eine Darstellung seiner Erfahrungen als Schularzt und der schulärztlichen Organisation an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seinem Wohnorte. Das Heftchen ist also nicht ein Lehrbuch der Schulhygiene, sondern eine Anleitung zu zweckmäßiger Ordnung des Schularztdienstes in einer kleinen Gemeinde. Abel.

H. Bischoff. Ernährung und Nahrungsmittel. Sammlung Göschen, 2. Aufl., 126 S., 4 Abbild. Berlin und Leipzig, Verein. wiss. Verleger, 1921. 9 M.

Eine gemeinverständliche Darstellung der Ernährungslehre nebst Würdigung der einzelnen Nahrungsmittel, bei der nur die all zu kurze Besprechung der Alkoholika und ihrer Gefahren auffällt. Die Kriegsernährung in Deutschland ist ausführlich dargelegt. Auch die akzessorischen Nährstoffe (Vitamine) haben Erörterung gefunden. Abel.

Dietrich und Kaminer. Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie. Bd. 2, 288 S. Leipzig, G. Thieme, 1922. Geh. 120 M., geb. 150 M.

Von dem groß angelegten Handbuch ist bereits 1916 der erste Band erschienen, der die Geschichte der Balneologie, die geologischen, chemischen und physikalischen Grundlagen enthält. Der jetzt herausgegebene zweite Band umfaßt die Balneophysiologie. Matthes (Königsberg) erörtert die äußerliche Anwendung des Wassers, Fleischmann (Berlin) die der Mineralwässer, Moore und Schlammarten, Häberlin (Wyk) und Franz Müller (Berlin) besprechen die Seebäder. Hans G. Meyer und Schütz (Wien) verbreiten sich über die Pharmakologie der Mineralwässer, W. Heubner behandelt die Mineralstoffwechsel. Die in allen Abschnitten recht eingehende Darstellung sammelt und liefert viel Wissenswertes. Eindeutig erweist sich aber auch an zahlreichen Stellen die noch bestehende Mangelhaftigkeit unseres Wissens. Der erste Absatz des Bandes wie das Schlußwort des letzten Teiles bringen dieses Eingeständnis. Abel.

Statistische Jahresübersicht über die Bevölkerungsbewegung im Kanton Basel-Stadt 1920. Neue Folge. 10. Jahrg. 51. Bericht über die Zivilstandsbewegung, die Todesursachen und die ansteckenden Krankheiten im Kanton Basel-Stadt 1920. Bearbeitet vom Statistischen Amt in Verbindung mit dem Gesundheitsamt. Basel 1921.

Die mit gewohnter Pünktlichkeit erscheinende Arbeit bringt nach allgemeinen Gesichtspunkten eine Übersicht über die natürliche Bevölkerungsbewegung im Jahre 1920, über die Eheschließungen, Ehescheidungen, Geburten und Sterbefälle. Als Anhang folgt in diesem Jahre eine Zusammenstellung über Diphtherie und Krupp in der Stadt Basel 1870 bis 1919. Interessenten seien hiermit auf die fleißigen Zusammenstellungen aufmerksam gemacht. Merkel.

Kleinere Mitteilungen.

Sozialhygienische Akademie Charlottenburg. Der laufende Lehrgang hat mit einer Teilnehmerzahl von 33 Vollhörern die Grenze der Belegziffer erreicht; außerdem werden die ihm angegliederten Kreisarztsonderkurse, welche den Bedingungen der Prüfungsordnung unter § 4, Ziff. 5 genügen, von 26 Hörern besucht. Die starke Frequenz beweist, daß sich die Erkenntnis der Bedeutung des sozialhygienischen und sozialmedizinischen Unterrichts in der Ärzteschaft immer mehr ausbreitet. Für die Kreisarztprüfung ist die Teilnahme an einem sozialhygienischen Lehrgang Vorbedingung. Aber auch die kommunalen Behörden bevorzugen auf Grund des ministeriellen Erlasses vom 28. Dezember 1919 bei der Besetzung der beamteten Arztstellen solche Bewerber, die über die Organisation der Gesundheitsfürsorge eine besonders sorgfältige Ausbildung, wie sie die Akademie gewährleistet, nachweisen können. — Der 5. Lehrgang beginnt am 6. November 1922 und dauert bis zum 11. Februar 1923 mit Einschluß von 14 Tagen Weihnachtsferien. Der neue Lehrplan erscheint Ende Juli und ist gegen Voreinsendung von 6,50 M. oder gegen Nachnahme durch das Sekretariat Charlottenburg, Krankenhaus Westend, Spandauerberg 15.16 erhältlich. Anmeldungen und Anfragen sind ebendorthin an Prof. Versé zu richten. Wohnungen werden auf Wunsch vermittelt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

NOV 14 1922
Medical Lib.

Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 9
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

BRAUNSCHWEIG
DRUCK UND VERLAG VON FRIEDR. VIEWEG & SOHN AKT.-GES.
1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des neunten Heftes.

Seite

Die Gebürtigkeit und Sterblichkeit der Kinder in Heidelberg in den verschiedenen sozialen Schichten. Von E. G. Dresel und Fr. Fries 289

Die Sterblichkeit in Oberschlesien in den Jahren 1909 bis 1918. Von Prof. E. Jacobitz. (Mit einer Abbildung) 300

Chronik der Gesundheitspflege. Wohnungsfürsorge und Wohnungspolitik. Von Prof. Dr. A. Korff-Petersen, Berlin 314

Kleinere Mitteilungen:

Über die Stimmung der Bevölkerung gegenüber der Herbeiführung eines gesetzlichen Alkoholverbotes 324

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 9.

Aus dem Hygienischen Institut der Universität Heidelberg.
(Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. Hermann Kossel.)

Die Gebürtigkeit und Sterblichkeit der Kinder in Heidelberg in den verschiedenen sozialen Schichten.

Von E. G. Dresel und Fr. Fries.

Reiter und Helm[1]) haben die Frage, ob die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch die Geschwisterzahl und die soziale Lage der Eltern beeinflußt wird, dahin beantwortet, daß durch die günstige oder ungünstige Lage der Eltern fast keine Einwirkungen auf die Lebensaussichten der Kinder feststellbar sind. Sie suchen im Gegensatz zu Hamburger[2]), an dessen Feststellungen Kritik geübt wird, die Frage so zu lösen, daß sie ihre Prüfung in Rostock auf 500 Familien aus Kreisen mit Einkommen unter 3000 M. und 500 Familien mit Einkommen über 3000 M. erstrecken. Die Grenze zwischen „wenig bemittelt" und „wohlhabend" wurde bei 3000 M. gezogen. Diese Grenzfestsetzung als Grundlage der Untersuchung ist unzweckmäßig und muß für das von den bisherigen Erfahrungen abweichende Ergebnis verantwortlich gemacht werden. Die bei 3000 M. gezogene Grenze ist ein willkürlicher Einschnitt und läßt zwischen wenig bemittelt und wohlhabend die breite Klasse des Mittelstandes außer acht. Abgesehen von den Arbeiterfamilien wird vor dem Kriege gerade das Einkommen vieler Handwerker, Angestellter, Beamter, aber auch noch der Kaufleute sich dicht um diese 3000-Markgrenze gruppiert haben, während die Angehörigen dieser Berufe durch Reiter und Helm bei einem Einkommen von 2000 bis 3000 M. als minderwertig deklassiert und dagegen bei einem Einkommen von 3000 bis 4000 M. zu hoch bewertet wurden. Die Betrachtungen von Reiter und Helm könnten nur Wert haben, wenn dem Einkommen unter 2000 M. die Familien mit einem Einkommen von über 4000 M. gegenübergestellt wären und so Minderbemittelte mit Wohlhabenden verglichen wären. Reiters und Helms Untersuchungsanordnung kann niemals scharfe Gegensätze in der Geburten- und Sterblichkeitshöhe abhängig von der sozialen Lage der Eltern ergeben, da die von ihnen mitverwertete breite Mittelschicht die Grenzwerte ausgleichend ergänzt. Es standen sich in den untersuchten Klassen keine Familien in scharfer sozialer Trennung gegenüber. Reiter und Helm haben das selbst gefühlt, wenn sie weiterhin schreiben: „In einzelnen bestimmten Berufsklassen, in denen zwei deutlich verschiedene Schichten zur Beobachtung gelangten, war ein gewisser Einfluß der Höhe des Einkommens aber unverkennbar." Wir haben uns bemüht, diesen Fehler Reiters und Helms zu vermeiden, und Geburtenhöhe und Sterblichkeit in den verschiedenen sozialen Schichten untersucht. Eine amtliche Statistik über die Verhältnisse in Heidelberg, welche eine Bearbeitung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stoffes erleichtert hätte, lag nicht vor; das Material wurde durch persönliche Feststellung von Fries in 900 Heidelberger Familien in pauschalartiger Form gesammelt, und zwar unter Beobachtung folgender Richtlinien:

1. Die Erhebungen erstreckten sich im Jahre 1921/22 in der Stadt Heidelberg auf die Stadtviertel: Altstadt, Rohrbacher-, Bergheimerviertel und Neuenheim. (Die ländlichen Stadtteile sind nicht berücksichtigt.)

2. Die Ermittlungen wurden an Familien aller Berufsklassen vorgenommen und somit alle sozialen Schichten berücksichtigt. Eine Klassifizierung der Familien nach der Einkommenshöhe erschien unzweckmäßig. Waren doch in den Kriegsjahren die meisten der Familienväter im Heeresdienst und daher eine sichere Einkommenshöhe der Familie schwer feststellbar. Seit der Revolution schwanken die Einkommensverhältnisse in solchem Maß und Tempo, daß Minimum und Maximum der Lebenshaltung relative Begriffe geworden sind.

3. Die Ehen der untersuchten Familien bestanden mindestens 15 Jahre. Diese Einschränkung wurde deshalb vorgenommen, weil nach Ablauf dieser Zeit mit einem ungefähren Abschluß der Gebärtätigkeit gerechnet werden kann.

4. Es wurden nur solche Familien untersucht, in denen das jüngste Kind mindestens 6 Jahre alt war und damit das bedrohte Säuglingsalter und die erste Kindheitsperiode überschritten hatte. (Die Sterblichkeit im schulpflichtigen Alter ist sehr gering, auch kamen nur wenig Kinder in Betracht, die als jüngste noch schulpflichtig waren, so daß diese kleine Fehlerquelle unberücksichtigt bleiben konnte.)

5. Fehlgeburten, Frühgeburten und Totgeburten blieben unberücksichtigt, d. h. sie wurden statistisch überhaupt nicht erfaßt, denn wie die Untersuchung zeigte, hat jede Familie das Bestreben, Angaben dieser Art zu umgehen oder zu fälschen.

Auf die Schwierigkeiten bei der Erhebung braucht nicht eingegangen zu werden, sie konnten mit Unterstützung des Jugendamtes und durch die große Lokalkenntnis der Erheberin weitgehend ausgeschaltet werden.

Tafel 1.

Allgemeine Geburtentafel der 900 Heidelberger Familien.

1	gebürtig	79	Familien	=	8,8	Proz.	mit	79	=	2,3	Proz.	aller	Kinder	der	900	Familien
2	„	202	„	=	22,4	„	„	404	=	11,8	„	„	„	„	„	„
3	„	227	„	=	25,2	„	„	681	=	20,0	„	„	„	„	„	„
4	„	132	„	=	14,7	„	„	528	=	15,4	„	„	„	„	„	„
5	„	105	„	=	11,7	„	„	525	=	15,3	„	„	„	„	„	„
6	„	55	„	=	6,1	„	„	330	=	9,8	„	„	„	„	„	„
7	„	39	„	=	4,3	„	„	273	=	8,0	„	„	„	„	„	„
8	„	21	„	=	2,3	„	„	168	=	4,9	„	„	„	„	„	„
9	„	13	„	=	1,4	„	„	117	=	3,1	„	„	„	„	„	„
10	„	12	„	=	1,3	„	„	120	=	3,5	„	„	„	„	„	„
11	„	6	„	=	0,66	„	„	66	=	1,9	„	„	„	„	„	„
12	„	2	„	=	0,2	„	„	24	=	0,7	„	„	„	„	„	„
13	„	3	„	=	0,33	„	„	39	=	1,1	„	„	„	„	„	„
14	„	4	„	=	0,4	„	„	56	=	1,6	„	„	„	„	„	„
		900	Familien					3410	Kinder								

In Tafel 1 sind die Familien ohne Rücksicht auf ihre soziale Lage zusammengestellt. Die 900 Familien hatten 3410 Kinder. Die Fruchtbar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit in einer Familie war durchschnittlich 3,8 ohne Berücksichtigung der Todesfälle. Da nach Grotjahn[3]) ungefähr 3,4 Kinder pro verheiratete Frau als notwendig zur Erhaltung des Bevölkerungsstandes, aber nicht als ausreichend zur Bevölkerungsvermehrung anzusehen sind, würde in diesen 900 Familien Heidelbergs ein Überschuß von 0,4 Kindern pro Familie zur Vermehrung der Bevölkerung bleiben. Da jedoch die Kindersterblichkeit 0,5 pro Familie betrug, so würden die 900 untersuchten Familien zwar bevölkerungserhaltend, aber nicht vermehrend wirken. Die Beteiligung an den einzelnen Gebürtigkeiten ist folgende:

8,8	Proz. aller 900 Familien	1 Kind
22,4	„ „ „ „	2 Kinder
25,2	„ „ „ „	3 „
14,7	„ „ „ „	4 „
28,7	„ „ „ „	5 bis 14 Kinder

Teilen wir die Familien, wie Reiter und Helm, in folgende drei Gruppen:

A. 1- bis 3gebürtige Familien, B. 4- bis 6gebürtige Familien,
C. über 6gebürtige Familien,

so ergibt sich, daß aus Gruppe A stammen 56,4 Proz., aus B 32,5 Proz. und aus C 37,2 Proz. (30,3, 42,0 und 27,0 Proz.). Die Zahlen in Klammern sind die der Rostocker Untersuchung. Beinahe ein Zehntel der Familien haben nur ein Kind. Die Gebürtigkeit von 2 und 3 Kindern ist in Heidelberg überwiegend, gleich 47,6 Proz. Mit der zunehmenden Geburtenzahl verringert sich die Beteiligung der Familien zusehends. 14 Kinder war die höchste Ziffer, die von einer Familie überhaupt erreicht wurde.

Tafel 2 zeigt den Aufbau der Gebürtigkeit in den verschiedenen Berufsschichten. 1. Akademiker (Hochschul- und Mittelschulprofessoren, Ärzte, Pfarrer, Richter, Rechtsanwälte). 2. Angehörige der freien Berufe (Techniker, Architekten, Bauunternehmer). 3. Beamte und Lehrer (mittlere Beamte und Volksschullehrer). 4. Kaufleute (selbständige Gewerbetreibende, Ladenbesitzer). 5. Handwerker (selbständige Handwerker). 6. Angestellte (bei der Staatsbahn, der Straßenbahn, kaufmännische Angestellte). 7. Arbeiter.

Tafel 2.

Verteilung der Geburten auf die verschiedenen Berufe.

Zahl der lebend Geborenen		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Akademiker	Familien	10	30	27	10	3	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	Kinder	10	60	81	40	15	—	—	16	—	—	—	—	—	—
Freie Berufe	Familien	13	18	20	7	8	5	1	1	—	—	—	—	—	—
	Kinder	13	36	60	28	40	30	7	8	—	—	—	—	—	—
Beamte Lehrer	Familien	20	33	39	17	14	7	3	3	2	1	—	—	—	—
	Kinder	20	66	117	68	70	42	21	24	18	10	—	—	—	—
Kaufleute	Familien	11	26	37	17	14	5	2	2	2	1	—	—	—	—
	Kinder	11	52	111	68	70	30	14	16	18	10	—	—	—	—
Handwerker	Familien	18	69	73	56	44	17	16	4	3	3	3	1	1	—
	Kinder	18	138	219	224	220	102	112	32	27	30	33	12	13	—
Angestellte	Familien	4	23	19	14	9	10	6	4	1	3	2	1	—	1
	Kinder	4	46	57	56	45	60	42	32	9	30	22	12	—	14
Arbeiter	Familien	3	3	12	11	13	11	11	5	5	4	1	—	2	3
	Kinder	3	6	36	44	65	66	77	40	45	40	11	—	26	42
Familien		79	202	227	132	105	55	39	21	13	12	6	2	3	4
Kinder		79	404	681	528	525	330	273	168	117	120	66	24	39	56

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es haben somit	82	Akademikerfamilien	. . . . .	222	Kinder
„ „ „	73	Angehörige der freien Berufe	. . . . .	222	„
„ „ „	139	Beamte und Lehrer	. . . . .	456	„
„ „ „	117	Kaufleute	. . . . .	400	„
„ „ „	308	Handwerker	. . . . .	1180	„
„ „ „	97	Angestellte	. . . . .	429	„
„ „ „	84	Arbeiterfamilien	. . . . .	501	„

Auf 100	Akademikerfamilien	. . . . .	270,7 = 2,7	Kinder	pro Familie
„ „	Angehörige der freien Berufe	. .	304,0 = 3,04	„	„ „
„ „	Beamte und Lehrer	. . . . .	320,8 = 3,2	„	„ „
„ „	Kaufleute	. . . . .	341,0 = 3,4	„	„ „
„ „	Handwerker	. . . . .	383,1 = 3,8	„	„ „
„ „	Angestellte	. . . . .	431,9 = 4,3	„	„ „
„ „	Arbeiter	. . . . .	596,4 = 6,0	„	„ „

Akademiker, freie Berufe, Beamte und Lehrer und Kaufleute zeigen eine breite Besetzung der drei ersten Geburtsklassen. Handwerker, Angestellte, Arbeiter dagegen eine gleichmäßigere Staffelung der Beteiligung an den Geburtenhöhen.

Die Zahl der Familien mit ein und zwei Kindern beträgt bei den Akademikern ungefähr 50 Proz. der untersuchten Familien ihrer Klasse, bei den Arbeitern dagegen nur etwa 7 Proz. abgerundet.

Hingegen beträgt die Zahl der über dem Mittel von 3,8 Proz. liegenden Akademikerfamilien nur etwa 18 Proz. gegen etwa 70 Proz. bei den Arbeiterfamilien.

Der Handwerkerstand bildet ungefähr die Mitte, er erreicht gerade die zur Erhaltung der Bevölkerung notwendige Mindestzahl im Durchschnitt seiner Nachkommenschaft, während der Stand der Akademiker etwa ein Viertel gleich rund 25 Proz. zu wenig Kinder erzeugt.

31,2 Proz., also beinahe ein Drittel der 900 untersuchten Familien, waren 1- und 2gebürtig. Die Berufsklassen der Akademiker, der freien Berufe, Beamten und Kaufleute ergeben vorwiegend Familien mit 1 und 2 Kindern. Daß diese Klassen sich am Geburtenaufbau durchaus schwächer beteiligen als die sozial tiefer stehenden Stände, zeigt sich am besten bei der Vergleichung von zwei scharf getrennten Berufsarten, von denen ungefähr gleichviele Familien untersucht wurden:

82 Akademikerfamilien = 222 Kinder, 84 Arbeiterfamilien = 501 Kinder.

Die Kinderzahl in den Arbeiterfamilien ist mehr als doppelt so hoch gegen die Kinderzahl der Akademikerfamilien. Das Einkindersystem in der akademischen Familie ist mehr als dreimal, das Zweikindersystem mehr als zehnmal und die Dreikinderzahl ungefähr zweieindrittelmal so häufig als bei den Arbeiterfamilien. Mit einer Geburtenhöhe von 5 Kindern bricht in der Tabelle (mit kleiner Ausnahme) die Beteiligung der Akademikerfamilien ab, während die Arbeiterfamilien eine durchgängige Besetzung, bis zu 14 Kindern, pro Familie zeigen. Das durchschnittliche Fruchtbarkeitsergebnis der höheren Klasse war nicht halb so groß wie das der Arbeiterklasse.

Nach Hamburger war bei den untersuchten 119 wohlhabenden Frauen die am häufigsten vorkommende Kinderzahl zwei, bei den Arbeiterfamilien dagegen fünf, also mehr als doppelt so groß. Die von Reiter und Helm gewählte Einteilung der Familien zeigt dagegen, daß die Zweigebürtigkeit bei allen Bevölkerungsschichten vorherrscht. Noch deutlicher wird der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterschied unserer Ergebnisse zu denen von Reiter und Helm, wenn wir aus beiden Untersuchungen die Gebürtigkeiten der sozial schlechter Gestellten und ebenso die der sozial besser Gestellten untereinander vergleichen. Die Familien sind nach der Gebürtigkeit in Gruppen von 1 bis 3, 4 bis 6 und über 6 Kindern zusammengefaßt.

	1 bis 3 Kinder	4 bis 6 Kinder	Über 6 Kinder
A. Reiter und Helm . . .	25,6	40,3	34,1
Dresel und Fries . . .	16,3	36,0	47,7
B. Reiter und Helm . . .	35,8	45,1	19,1
Dresel und Fries . . .	50,0	37,5	12,5

A. bedeutet für Reiter und Helm Familien mit einem Einkommen unter 3000 M., für Dresel und Fries Familien von Angestellten und Arbeitern.

B. bedeutet für Reiter und Helm Familien mit einem Einkommen über 3000 M., für Dresel und Fries Familien von Akademikern, Beamten und Lehrern und Kaufleuten.

Nach Reiter und Helm ist in beiden Gruppen die 4- bis 6-Gebürtigkeit am stärksten vertreten, während bei unseren Feststellungen in Gruppe A die Gebürtigkeit von über 6 Kindern und bei den sozial besser Gestellten in Gruppe B die 1- bis 3-Gebürtigkeit am stärksten vertreten ist. Das unscharfe Ergebnis bei Reiter und Helm findet zwanglos seine Erklärung in der unzweckmäßigen Grenzziehung zwischen unter und über 3000 M. Einkommen.

Wir können also eine deutliche Beeinflussung der Kindererzeugung durch die Berufsart und die soziale Standesklasse feststellen. Es würde zu weit führen, das Problem des Geburtenrückganges in diesem Zusammenhange aufzurollen; wir können auch hier keine ausführliche Abgrenzung und Bestimmung der verschiedenen Berufsgruppen, wie wir sie zu unserer letzten Tabelle verwendet haben, nach wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Gesichtspunkten geben. Entscheidend für die Gebürtigkeit in einer Familie und in einer Berufsgruppe ist ja nicht ausschließlich die wirtschaftliche Lage, sondern das Zusammenwirken von Einkommen, Arbeitsart, Bildungsniveau, Berufsinteresse, Standesbewußtsein, gesellschaftlicher Stellung. Wir glauben, daß die von uns betrachteten, deutlich getrennten Gesellschaftsschichten einen besseren Einblick in die Verhältnisse der Kindererzeugung geben, als die ausschließlich auf das Einkommen basierte Trennung der Familien bei Reiter und Helm. Von 82 Akademikerfamilien sind 67 nur 1-, 2- und 3gebürtig. Jedes weitere Kind stört das angestrebte Gleichmaß der Lebenshaltung. Berücksichtigt werden muß natürlich auch das meist höhere Heiratsalter der Akademiker, das geburteneinschränkend mitwirkt. Die Höchstgrenze der Aufzucht wird bestimmt durch Wunsch und Willen, die soziale Stellung zu behaupten; es findet eine gewollte präventive Geburtenbeschränkung statt. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Beamten und Lehrern, in den freien Berufen und bei den Kaufleuten.

Im Gegensatz dazu stehen die kleinen Angestellten und die Arbeiter. Von den ersteren sind von 97 Familien 46 im Besitz von nur 1 bis 3 Kindern, von den Arbeitern von 84 Familien 18. In der jüngsten Zeit ändern sich jedoch auch hier die Verhältnisse. Der Zusammenschluß in Gewerkschaften erzeugte ein Standesbewußtsein; an die Lebenshaltung werden größere An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprüche gestellt, und eine repressiv einsetzende Beeinflussung der Geburten macht sich geltend, sobald der Druck der Kinderzahl auf die Lebenshaltung spürbar wird.

In der Mitte steht der Handwerkerstand, in unserer Untersuchung vertreten durch 308 Familien mit 1180 Kindern, der das Geburtensoll mit 3,8 Kindern pro Familie gerade noch erfüllt. Vom bevölkerungspolitischen und kulturellen Standpunkt aus ist daher gerade der Schutz und die Pflege dieses für den Bevölkerungsaufbau so wichtigen Standes, der heute recht gefährdet ist, besonders wünschenswert.

Betrachten wir nun die Kindersterblichkeit aller Kinder vor dem 16. Lebensjahre, d. h. vor dem Eintritt in das produktive Alter.

In der folgenden Tafel 3 sind die untersuchten 900 Heidelberger Familien nach Geburtenhöhe und Kindersterblichkeit zusammengestellt.

Tafel 3.

Sterblichkeit in den verschiedenen Geburtengruppen.

Geburtengruppe	Geburtenzahl	Todesfälle	Todesfälle in Prozenten der untersuchten Gruppe
1	79	1	1,2
2	404	19	4,7
3	681	38	5,6
4	528	47	9,0
5	525	74	14,0
6	330	59	17,9
7	273	62	22,7
8	168	37	22,0
9	117	19	16,2
10	120	32	26,6
11	66	15	22,7
12	24	7	29,1
13	39	20	51,3
14	56	12	21,4
Summa . .	3410	442	13,0

Die Geburtenzahl der untersuchten 900 Familien beträgt 3410, die Zahl der vor dem 16. Lebensjahre gestorbenen Kinder 442, gleich durchschnittlich 13 Proz.

Nach der Allgemeinen deutschen Sterbetafel für die Jahre 1910 und 1911 starben von 100 Geborenen in den ersten 16 Lebensjahren 23,3 Proz. Doch lassen sich diese Zahlen mit unseren nicht vergleichen, da die Zusammensetzung aller unserer Familien nicht der für die Sterbetafeln entspricht.

Wir können nur eine ziemliche stetige Zunahme der Sterblichkeit von der Ein- zur Mehrgebürtigkeit feststellen, die erst jenseits der Siebengebürtigkeit Schwankungen aufweist. Die letzteren finden ihre Erklärung in den zu kleinen Zahlen und können nicht verwertet werden.

Rasch aufeinanderfolgende Geburten üben einen ungünstigen Einfluß auf die Lebensaussicht der Kinder aus. Diese Einwirkung darf nicht mit grundlegender Bedeutung bewertet werden, denn mit der höheren Geburtenziffer steigt die Möglichkeit einer größeren Sterblichkeit. Es kann auch der Einwand erhoben werden, daß der Sterbefall der Kinder geburten-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermehrend wirkt, indem die Familie den Verlust durch ein weiteres Kind ersetzt. So besteht die Möglichkeit, daß eine hohe Mortalität umgekehrt zu einer hohen Natalitätsziffer führt.

Ferner gehören kinderreiche Familien in den meisten Fällen den unteren sozialen Ständen an, deren Lebensführung die Aufzucht der Neugeborenen ungünstig beeinflußt. (Vgl. Geburtentafel der verschiedenen Berufe.)

Die Hauptgründe der Kindersterblichkeit dürften in dem Familienstand selbst zu suchen sein. Eine hohe Kinderzahl bedingt wohl meistens eine Einschränkung der Unterhaltsmittel, aber die Hauptursache dieser Einschränkung liegt in der Art der Wirtschaftsführung, in der Verwendung der erworbenen materiellen Güter und in der Bildungsstufe der Eltern. Für die Gesunderhaltung und den Schutz des Kindes ist die Familie verantwortlich, folglich müssen auch alle Ursachen der Kindersterblichkeit in der Familie und ihren Umweltsverhältnissen zu suchen sein, soweit nicht unmittelbare äußere Einflüsse die Veranlassung sind. Tafel 4 gibt eine Übersicht über die Bedeutung der sozialen Lage der Eltern für die Lebensgefährdung der Kinder. Eine Trennung der Bevölkerung nach Stand und Beruf ist ein Mittel, diesem Einfluß Rechnung zu tragen. Die Art, wie der Mensch sein Brot verdient, die größere oder geringere Sicherheit der Existenz, die ihm sein Beruf gewährleistet, die verschieden große Abhängigkeit, in die er durch ihn gebracht wird, der verschiedene Bildungsgang wirken entscheidend auf das sittliche und intellektuelle Leben des Menschen ein. Diese Einflüsse lassen sich näher verfolgen und gewähren dadurch einen Einblick in die gesellschaftlichen Ursachen der Kindermortalität.

Tafel 4.

Die Kindersterblichkeit in den verschiedenen Berufen.

Beruf	Familien	Geburten	Sterbeziffer	In Prozenten
Akademiker	82	222	12	5,4
Freie Berufe	73	222	18	8,1
Beamte und Lehrer	139	456	28	6,1
Kaufleute	117	400	36	9,0
Handwerker	308	1180	184	15,6
Angestellte	97	429	70	16,3
Arbeiter	84	501	104	20,7

Die Ergebnisse dieser Tabelle sind sehr auffallend. Sie zeigen in den verschiedenen Berufsschichten deutliche Unterschiede in der Lebensgefährdung der Kinder. Die Kindersterblichkeit ist in den akademischen Berufen am geringsten. An zweiter Stelle folgen Beamte und Lehrer, hierauf die freien Berufe und die Kaufleute. Eine sprunghafte Steigerung zeigen Handwerker und Angestellte und weiter ansteigend die Arbeiter. Stellt man Berufsklassen mit annähernd gleich hoher Geburtenzahl zusammen, so wird der Unterschied in der Höhe der Kindersterblichkeit noch deutlicher.

Beruf	Geburten	Todesfälle	In Prozenten
Beamte und Lehrer	456	28	6,1
Kaufleute	400	36	9,0
Angestellte	429	70	16,3
Arbeiter	501	104	20,7

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir sehen bei der Klasse der Beamten und Lehrer eine Kindersterblichkeit von 6,1 Proz. In jeder sozial tiefer stehenden Klasse steigt die Sterbeziffer an, um bei der Arbeiterklasse das Maximum mit 20,7 Proz. zu erreichen. Welche ungeheure Tragik liegt in dieser Feststellung!

Vergleichen wir unsere Ergebnisse mit denen von Reiter und Helm.

	Geborene	Gestorbene	Prozentzahlen
A. Reiter und Helm . .	2042	347	16,9
Dresel und Fries . .	930	174	18,7
B. Reiter und Helm . .	1752	233	13,2
Dresel und Fries . .	1300	94	7,23

Unter A. finden sich bei Reiter und Helm die Familiengruppen mit einem Einkommen unter 3000 M., bei Dresel und Fries die Angestellten und Arbeiter. Unter B. finden sich bei Reiter und Helm die Familien mit einem Einkommen über 3000 M., bei Dresel und Fries die Akademiker, freien Berufe, Beamte und Lehrer und die Kaufleute.

Wir sehen also im Gegensatz zu Reiter und Helm, daß die soziale Lage der Eltern die Sterblichkeit der Kinder weitgehend beeinflußt.

Folgende Aufstellung gibt eine Übersicht über die Verbreitung der Krankheiten und das Sterbealter der Kinder. Leider war statistisch nicht festzustellen, wie viele Mütter ihre Kinder selbst gestillt haben. Es sind von den untersuchten 900 Familien 442 Kinder verstorben. Die Todesursache war:

Lebensschwäche	in 16 Fällen	Infektionen	in 40 Fällen
Krämpfe	„ 60 „	Nierenleiden	„ 5 „
Darmkrankheiten . . .	„ 65 „	Herzleiden	„ 3 „
Hirnhautentzündung . .	„ 40 „	Unglücksfälle	„ 10 „
Lungenentzündung . .	„ 49 „		

154 Todesursachen konnten nicht festgestellt werden.

Sterbealter.

Säuglinge	1—2 Jahre	2—5 Jahre	5—10 Jahre	10—16 Jahre
276	78	50	21	17

Nahezu 61 Proz. sind im Säuglingsalter gestorben, das sind etwa 8 Proz. der Geburten in den untersuchten Familien.

Verhältnismäßig gering ist die Zahl der an Lebensschwäche gestorbenen Kinder. Dagegen ist eine sehr große Zahl an Ernährungsstörungen (Brechdurchfall, Darmkatarrh, Krämpfen) zugrunde gegangen. Diese Krankheiten sind zum größten Teil auf künstliche Ernährung der Säuglinge zurückzuführen. Bei Kindern im ersten und zweiten Lebensjahre bilden Hirnhautentzündungen und Lungenentzündungen die häufigsten Störungen. Auch in dem weiteren Kindesalter traten diese Todesursachen auf, und zu ihnen kamen dann die Infektionskrankheiten, Herz- und Nierenleiden, Unglücksfälle. Vom fünften Lebensjahre an nimmt die Kindersterblichkeit rasch ab, die Erfahrung lehrt, daß in dem schulpflichtigen Alter selten Sterbefälle zu verzeichnen sind. Die Verdrängung der Muttermilch durch Kuhmilch und Surrogate findet sich gleich stark in allen sozialen Schichten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie sich aus der Aufstellung ergibt, sterben in den Arbeiterkreisen nahezu viermal soviel Kinder als in der Klasse der Akademiker. Hieraus kann mit Sicherheit geschlossen werden, daß die Gründe in den mit dem niederen Niveau dieser Gesellschaftsklasse unzertrennbar verbundenen ungünstigen Umweltsverhältnissen zu suchen sind. Bei der Ernährung des Säuglings spielt Sauberkeit und Hygiene die größte Rolle. Die Mutter aus den unteren Schichten befindet sich oft in der größten Unkenntnis über die Zusammensetzung der künstlichen Nahrung, sie läßt sich von wohlgemeinten Ratschlägen der Nachbarn beeinflussen, die aber selbst nicht richtig unterrichtet sind, überfüttert in vielen Fällen das Kind und gefährdet es dadurch außerordentlich. In den sozial höher stehenden Kreisen wird die künstliche Nahrung meist nach wissenschaftlichen Grundsätzen unter Hinzuziehung des Arztes zubereitet. Daher erklärt sich der Umstand, daß in dieser Gruppe bei gleich hoher Zahl künstlicher Ernährung weniger Kinder zugrunde gehen.

Ein sehr wichtiger Einfluß auf die Kindersterblichkeit ist die Erwerbstätigkeit der Frau. Die Gemeinschaft zwischen Mutter und Kind wird durch die außerhäusliche Tätigkeit im stärksten Maße ungünstig beeinflußt.

Doch nicht nur der Säugling bedarf der liebevollen Obhut der Mutter, auch das Kleinkind und die schulpflichtigen Kinder haben ihre Pflege und Aufsicht dringend nötig. Wie nötig, ergibt sich aus einer Feststellung, welche das Heidelberger Jugendamt in sämtlichen Volksschulen vornehmen ließ. Es waren die Fragen gestellt:

1. Wie viele Mütter gehen auf außerhäuslichen Erwerb?
2. Wo halten sich die Kinder in der Zwischenzeit auf?
3. Ob und wann die Kinder ein warmes Mittagessen haben?

In den unteren und mittleren Klassen ergab sich für die Schulabteilungen Sandgasse, Vangerow, Landhaus und Mönchhof, daß 176 Frauen ganztägig und 95 Frauen halbtägig auf Erwerbsarbeit ausgingen, daß sich 120 Kinder während der Abwesenheit der Mutter auf der Straße aufhielten, 15 kein warmes Mittagessen und 5 auch abends nur Kaffee und Brot bekamen. Für die Abteilung Sandgasse allein ergab sich, daß 124 Frauen den ganzen Tag, 95 Frauen den halben Tag auf außerhäusliche Arbeit gehen. 120 Kinder geben an, daß sie während der Abwesenheit der Mutter auf der Straße herumspringen. Wenn man berücksichtigt, daß jedes der befragten Kinder noch eine Anzahl Geschwister hat, die ebenfalls ohne Aufsicht bleiben, so erhöht sich die unbeaufsichtigte Kinderschar beträchtlich.

15 Kinder erhielten kein warmes Mittagessen, sondern erst am Spätnachmittag oder Abend eine warme Mahlzeit. Der Brotaufstrich, mit welchem sich die Familien behelfen, besteht meistens nur aus Ersatzstoffen, die eine warme Mahlzeit auch nicht annähernd ersetzen können. Der kindliche Organismus leidet unbedingt Schaden. 5 Kinder erhielten aber auch abends kein richtiges Abendbrot als Ersatz für die fehlende Mittagsmahlzeit, sondern Suppe, Brot und einen Kaffee, wenn man diesem Getränk den Namen geben kann. Diese kleine Schulenquete zeigt deutlich, wie nötig die Mutter in ihrer Familie ist.

Den Kindern fehlt die richtige Pflege, für die weder Zeit noch Geld übrig bleibt. Es ist eine falsche Behauptung, Armut allein sei die Ursache kranker, unterernährter Kinder und hoher Kindersterblichkeit. Die häufigen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber durchaus nicht notwendigen Begleiterscheinungen der Armut, Unkenntnis in der Hauswirtschaft, geringes Verantwortungsgefühl, Schmutz und Trunksucht sind es, und die Frauenerwerbsarbeit. In den oberen sozialen Berufsklassen ist die Mutter selten im Erwerbsleben tätig. Wenn sie aber doch einen Beruf ausübt, so kann sie bis zu einem gewissen Grade die Entziehung ihrer Kräfte im Haushalt durch fremde Hilfskräfte ausgleichen. Aber nur bis zu einem gewissen Grade! Wenn auch hier für die zeitweise mutterlosen Kinder der Schaden nicht so groß ist, so ist doch eine Frau und Mutter in ihrer Familie nie durch bezahlte Kräfte zu ersetzen.

In der bisherigen Betrachtung ist die Ausbildung der Mädchen, die Wirtschaftslage der verschiedenen sozialen Schichten, die Frauenerwerbsarbeit und ihre Folgen als wichtige Ursache der Kindersterblichkeit erkannt worden. In sehr enger Wechselbeziehung zu all diesen Faktoren steht die Wohnungsfrage. Folgende Tafel gibt Aufschluß über die Heidelberger Verhältnisse. Die Bezirke sind nach den Schulabteilungen eingeteilt, die Familien den entsprechenden Schulen zugeteilt.

Bezirke, Volksschulen	Familien	Kinder	Sterblichkeit Proz.
Sandgasse	156	702	19,0
Vangerow	150	706	17,2
Landhaus	153	567	11,0
Mönchhof	90	344	10,0
Oberrealschule	160	526	9,5
Gymnasium	101	275	9,0
Höhere Mädchenschule	90	290	8,1

Die Schulabteilung Sandgasse umfaßt den Altstadtbezirk. Zu dem Vangerowschulhaus zählt das Bergheimerviertel, zu der Landhausabteilung die westliche Mittelstadt und das Rohrbacherviertel und zur Mönchhofschule Neuenheim. Der Besuch der Mittelschulen erstreckt sich über die ganze Stadt, der größte Teil der Schüler wohnt jedoch in den westlichen Stadtteilen. Die Höhen der Kindersterblichkeitsziffern in den Familien, deren Kinder die Volksschulen ausschließlich besuchen, drücken nicht allein die Folgen der Wohnungsdichte aus, sondern geben auch ein scharfes Bild über die soziale Lage der Familien in den verschiedenen Stadtteilen. Die Altstadt zeigt eine erschreckend hohe Sterblichkeitsziffer, gleich 19 Proz. Hier tragen die Wohnungsverhältnisse und mangelnde Wohnkultur einen großen Teil Schuld an der Lebensgefährdung der Kinder. In den kleinen, engen Straßen der Bussemergasse, kleine Mantelgasse, Krahnengasse, Semmelsgasse usw. sind viele Behausungen, die keinen Anspruch auf das Wort Wohnung machen können.

Die Zimmer sind ungenügend belichtet, die Sonne hat nirgends Zutritt. Eine verbrauchte muffige Luft herrscht überall. Baulich sind die Häuser so verwahrlost, daß Ausbesserungen nur unter großen Kosten möglich wären. Da die Reparaturen bei den heutigen Verhältnissen nicht ausgeführt werden können, sondern der Schaden bei der starken Belegung der Wohnungen noch größer wird, bilden diese Häuser die Brutstätten für Tuberkulose und Trunksucht, eine Anhäufung von Schmutz, geistiger und körperlicher Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wahrlosung für die Ärmsten der Armen. Doch darf dabei nicht vergessen werden, daß es nicht allein die schwierigen sozialen Verhältnisse sind, welche diese ungünstige Lage verursachen, sondern daß recht erheblich das zu geringe Verantwortlichkeitsgefühl der Bewohner dieser Häuser mitspricht, weil die vernunftgemäße Einstellung gegenüber den Anforderungen des Lebens fehlt oder nicht entwickelt ist.

Oft schlafen drei Kinder in einem Bett und sieben bis acht Personen in einem kleinen Raum. Da ist es natürlich schwer, ein gesundes Familienleben zu führen; doch könnte von seiten der Bewohner viel mehr aus eigener Kraft zur Besserung ihrer Lage geschehen, wenn sie die Einsicht dazu besäßen und den Willen zur Arbeit an sich selbst hätten. Die Lebensführung wird nicht ausschließlich vom Einkommen bestimmt, sondern ist im größten Ausmaß abhängig von der inneren Zielsetzung.

In dem Bergheimerviertel (Vangerowschule) beeinflussen die sozialen Verhältnisse der Bahn- und Transportarbeiter die Kindersterblichkeit ungünstig. In den übrigen Stadtvierteln Heidelbergs zeigt sich eine weit geringere Kindersterblichkeit. In die Mönchshofschule gehen viele Kinder der Kleinbauern aus den Stadtvierteln Neuenheim und Handschuhsheim. Das heißt, diese Kreise gehören genau wie die der Altstadt der untersten sozialen Schicht an, die Männer arbeiten meist als Arbeiter, doch wird die Freizeit der Männer und die der Frauen und Kinder intensiv für Gartenbau verwendet, während in der Altstadt Aufenthalt in Kneipen und auf der Straße die freie Zeit ausfüllen. Dieser Gegensatz in der Lebensführung während der außerberuflichen Tätigkeit scheint das Entscheidende für die Aufwuchsverhältnisse der Kinder zu sein. Am günstigsten lauten die Sterbeziffern jener Familien, die in der Lage sind, ihre Kinder in die Mittelschulen zu schicken. In diesen Familien sind die Grundbedingungen für eine geringere Kindersterblichkeit auch nicht in erster Linie im höheren Einkommen zu suchen, was heute in recht vielen Fällen gar nicht mehr zutrifft, sondern in der zweckmäßigeren Lebensführung, in der größeren Opferbereitschaft bei der Kinderaufzucht. Das Entscheidende ist nicht die Höhe des Einkommens, auf die Reiter und Helm den größten Wert legen, sondern die Art der Verwendung des Einkommens. Und gerade in der Beziehung können die einfachsten Volksschichten noch recht viel vom Mittelstand lernen und an der Hebung ihrer Lebenshaltung mitarbeiten. Hier liegt auch die Hauptaufgabe aller Fürsorgebestrebungen, wie sie heute geübt werden.

Auf Grund der ermittelten Zahlen kommen wir zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Kindererzeugung ist in hohem Maße abhängig von der Berufszugehörigkeit und der sozialen Standesklasse der Eltern.

2. Einer hohen Geburtenzahl entspricht sehr oft eine große Kindersterblichkeit, jedoch nicht als unbedingte Folgeerscheinung.

3. Neben der wirtschaftlichen und sozialen Lage übt die Lebensführung einen starken Einfluß auf die Kindersterblichkeit aus. Das Einkommen, die Wohnverhältnisse, mangelhafte Vorbildung der Mädchen auf den Mutterberuf, gestörte Gemeinschaft zwischen Mutter und Kind durch die Erwerbsarbeit der Frau wirken in Wechselbeziehung mit unentwickeltem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verantwortlichkeitsgefühl, ungewecktem Hunger nach Gesundheit und mit vernachlässigter Lebensführung schädlich auf die Aufwuchsverhältnisse der Kinder ein.

Literatur.

[1]) H. Reiter und P. Helm, Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch die Geschwisterzahl und die soziale Lage der Eltern beeinflußt? Öffentliche Gesundheitspflege 1921, Heft 2.
[2]) Über den Zusammenhang der Konzeptionsziffer und der Kindersterblichkeit in (großstädtischen) Arbeiterkreisen. Zeitschrift für soziale Medizin, Bd. 3.
[3]) Grotjahn, Geburtenrückgang und -regelung. Berlin, Oskar Coblentz, 1921.

[Aus dem Preußischen Hygienischen Institut Beuthen in Oberschlesien.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Lingelsheim.]

Die Sterblichkeit in Oberschlesien in den Jahren 1909 bis 1918.

Von Prof. E. Jacobitz.

(Mit einer Abbildung.)

Das Schicksal Oberschlesiens ist seit drei Jahren Gegenstand lebhafter Sorge und Teilnahme aller Kreise unseres Volkes. Die im Oktober 1921 gefällte Entscheidung hat uns bittere Enttäuschungen gebracht und selbst weitgehende Befürchtungen noch übertroffen. Die Zerreißung Oberschlesiens und damit die Abtrennung für Deutschland lebenswichtigster und unersetzlicher Teile der Provinz ist in Genf beschlossen worden. Von der Provinz Oberschlesien (früherem Regierungsbezirk Oppeln), die 1 294 425 ha (13 230,36 qkm) groß ist und nach dem Ergebnis der Volkszählung am 1. Dezember 1910 2 207 981 Einwohner hatte, verbleiben auf Grund des Genfer Machtspruches nur 972 992 ha mit 1 303 696 Einwohnern bei Deutschland.

Jetzt, wo die Zertrümmerung Oberschlesiens zur Tatsache werden soll, darf wohl eine Übersicht über seine Gesundheitsverhältnisse, dargestellt an der Hand der amtlich festgestellten Sterblichkeitszahlen in Verbindung mit den Geburtsziffern und der Altersgliederung in den 10 Jahren von 1909 bis 1918, auf einiges Interesse rechnen, wenn auch, worauf ich von vornherein hinweisen muß, die Bearbeitung nicht in dem beabsichtigten Umfange und in der vorgesehenen Vollkommenheit durchgeführt werden konnte. Die Gründe dafür liegen darin, daß es zum Teil nicht möglich, zum Teil mit großen Mühen und Schwierigkeiten verbunden war, die notwendigen Zahlenunterlagen zu erhalten. So war es z. B. selbst mit Hilfe des statistischen Landesamtes, an das ich mich deshalb wandte, nicht möglich, die in Tabelle 1 auf Grund der in den amtlichen Angaben wiedergegebenen Sterbezahlen nach Altersklassen für die Jahre 1914 bis 1918 zu ergänzen und diese Tabelle gleichzeitig durch die Sterbeziffern für beide Geschlechter in den einzelnen Altersklassen zu vervollständigen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 1. Sterbeziffern für Oberschlesien nach Altersklassen auf 1000 Lebende berechnet.

Lebensalter Jahre	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
0— 1 . . .	241,91	212,13	241,67	199,22	215,89	— [1])	—	—	—	—
1— 2 . . .	60,99	56,14	59,88	41,20	51,36	—	—	—	—	—
2— 3 . . .	21,16	19,25	21,87	15,09	17,59	—	—	—	—	—
3— 5 . . .	11,01	9,67	10,14	8,59	9,49	—	—	—	—	—
5—10 . . .	5,03	4,14	4,23	3,93	4,14	—	—	—	—	—
10—15 . . .	2,70	2,52	2,64	2,69	2,41	—	—	—	—	—
15—20 . . .	3,96	3,85	3,97	3,80	3,71	—	—	—	—	—
20—25 . . .	5,60	5,45	4,95	5,05	4,91	—	—	—	—	—
25—30 . . .	5,48	5,46	6,39	5,67	5,73	—	—	—	—	—
30—40 . . .	7,60	6,87	7,64	7,56	7,03	—	—	—	—	—
40—50 . . .	11,84	10,59	11,07	11,13	10,78	—	—	—	—	—
50—60 . . .	22,62	21,42	20,46	19,06	18,28	—	—	—	—	—
60—70 . . .	41,08	38,55	42,63	42,83	42,29	—	—	—	—	—
70—80 . . .	99,59	99,44	96,58	102,04	95,74	—	—	—	—	—
Über 80 . .	211,96	217,81	225,11	231,36	207,73	—	—	—	—	—
Summa . .	21,50	19,67	20,96	18,60	19,06	21,3	26,0	22,8	22,5	29,1
Männlich .	23,14	20,89	22,36	19,69	20,17	24,4	33,0	28,0	26,7	33,7
Weiblich .	19,95	18,53	19,62	17,56	18,00	18,3	19,3	17,8	18,7	24,9

[1]) Wegen der fehlenden Zahlen s. S. 300.

Der für die Zusammenstellung gewählte Zeitraum von 1909 bis 1918 umfaßt die fünf letzten Friedensjahre vor dem Weltkriege und die fünf Kriegsjahre selbst. Es sind also so zwei Zeitperioden von je fünf Jahren nebeneinander- und gegenübergestellt, deren Betrachtung für sich und beim Vergleich miteinander eine immerhin lehrreiche Übersicht über die Gesundheitsverhältnisse Oberschlesiens in zwei so wichtigen und so verschiedenartigen Zeitabschnitten erwarten läßt.

Bei dem Mangel einer einwandfreien Morbiditätsstatistik, die ja für eine Übersicht über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung die beste Grundlage geben würde, mußten die Sterblichkeitszahlen, wie sie in den vom Preußischen Statistischen Landesamt bearbeiteten „Medizinalstatistischen Nachrichten", in den von der Medizinalabteilung des Preußischen Ministeriums des Innern herausgegebenen Jahresberichten über „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates" und in den „Medizinalstatistischen Mitteilungen" des Reichsgesundheitsamtes enthalten sind, der Zusammenstellung zugrunde gelegt werden. Leider reichen die Berichte über das Gesundheitswesen des preußischen Staates nur bis zum Jahre 1913 einschl. und sind in den Medizinalstatistischen Nachrichten die Jahre 1916 bis 1918 nicht einzeln dargestellt, sondern zusammengefaßt, ohne daß, wie für die vorhergehenden Jahre, eine Aufstellung der Sterblichkeit der Kreisbevölkerung veröffentlicht wurde. Diese für die oberschlesischen Kreise für die Jahre 1916, 1917 und 1918 vom Statistischen Landesamt festgestellten, aber nicht veröffentlichten Sterblichkeitszahlen wurden mir auf meine Bitte von der Regierung Oppeln gütigst zur Verfügung gestellt, wofür ich an dieser Stelle meinen ergebensten Dank sage.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 2. Geburts- und Sterbeziffern, sowie Geburtenüberschuß in Oberschlesien in den Jahren 1909 bis 1918.

	Einwohnerzahl	Lebendgeborene	Lebendgeborene auf 1000 Lebende	Gestorbene (ohne Totgeborene)	Gestorbene auf 1000 Lebende	Geburtenüberschuß	Geburtenüberschuß auf 1000 Lebende
1909	2 138 465	86 838	40,50	45 977	21,50	40 861	19,00
1910	2 172 841	86 370	39,75	42 740	19,67	43 630	20,08
1911	2 227 575	85 652	38,45	46 690	20,96	38 962	17,49
1912	2 262 688	85 503	37,89	42 086	18,60	43 417	19,29
1913	2 297 009	84 303	36,70	43 781	19,06	40 522	17,64
1914	2 232 394	84 648	36,33	49 680	21,3	34 968	15,03
1915	2 333 615	64 862	27,79	60 674	26,0	4 188	1,79
1916	2 328 684	50 225	21,95	53 094	22,8	— 2 869	— 0,85
1917	2 354 266	47 327	20,10	52 971	22,5	— 5 644	— 2,40
1918	2 350 996	46 817	19,91	68 414	29,1	— 21 597	— 9,19

Die Errechnung der in der Tabelle 2 aufgeführten Einwohnerzahlen geschah einheitlich mit Hilfe der vom Statistischen Landesamt in den Medizinalstatistischen Nachrichten und den in den Bänden „Gesundheitswesen des preußischen Staates“ angegebenen absoluten und auf 1000 Lebende berechneten Sterblichkeitszahlen. Die Vornahme dieser Berechnungen erschien notwendig, da die in den genannten amtlichen Veröffentlichungen angegebenen Bevölkerungszahlen, soweit solche für einzelne Jahre überhaupt veröffentlicht sind, nicht für gleiche Termine, sondern zum Teil für 1. Januar, zum Teil für den 1. Juli, zum Teil für 1. Dezember festgestellt worden sind. Hinsichtlich der vom Statistischen Landesamt für 1915 bis 1918 aufgestellten Sterbeziffern wird in den Medizinalstatistischen Nachrichten 1920, 9. Jahrg., Heft 2, S. 89 angeführt: Infolge der Kriegsverhältnisse konnten vom Statistischen Landesamt die Bevölkerungszahlen des preußischen Staates für die Jahre 1915 und 1916 nicht errechnet werden. Es ist daher für diese beiden Jahre den Berechnungen für die Sterbeziffern in den Medizinalstatistischen Nachrichten der Bevölkerungszustand am 1. Juli 1914 zugrunde gelegt worden, während die Berechnungen für die Jahre 1917 und 1918 nach dem Ergebnis der Volkszählung vom 5. Dezember 1917 unter besonderer Errechnung der bei der Volkszählung außerhalb Preußens im Kriegsdienste stehenden Männer ausgeführt wurden. Die mit Hilfe dieser so gewonnenen Sterbeziffern von mir errechneten Einwohnerzahlen für die Jahre 1915 bis 1918 (Tabelle 2) stellen demgemäß wohl nicht absolut genaue, aber doch annähernd und ausreichend richtige Bevölkerungszahlen dar.

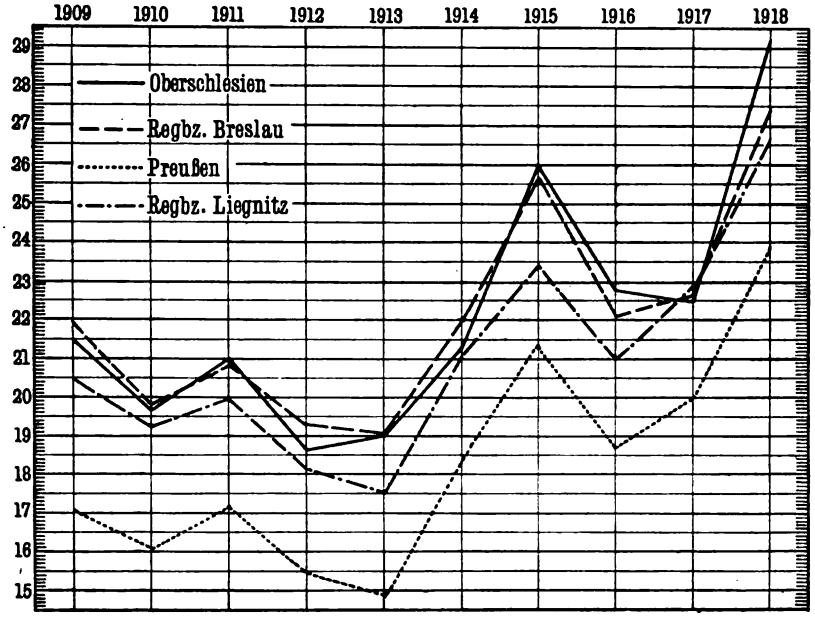
1. Gesamtsterblichkeit Oberschlesiens 1909 bis 1918.

Die Gesamtsterblichkeit Oberschlesiens übersteigt in den 10 Jahren von 1909 bis 1918 in jedem Jahre den Staatsdurchschnitt um ein ganz beträchtliches (Tabelle 3, Kurve). Nach den Medizinalstatistischen Nachrichten hat Oberschlesien (Regierungsbezirk Oppeln) in diesen 10 Jahren dreimal (1911, 1916 und 1918) die höchste Sterblichkeitszahl unter allen preußischen Regierungsbezirken. Bedingt sind diese hohen Sterblichkeitszahlen im allgemeinen mit dadurch, daß in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oberschlesien bei den Kindern von über 1 Jahr bis einschl. 5 Jahren fast dauernd eine größere Sterblichkeit besteht (Tabelle 1), als in den meisten anderen Regierungsbezirken Preußens. Ferner haben während der Kriegsjahre, abgesehen von der Grippeepidemie 1918, die ja in ganz Deutschland und Europa geherrscht hat, in Oberschlesien im Jahre 1914 und 1915 eine erhebliche Zunahme der Scharlacherkrankungen und -todesfälle (1914: 1037, 1915: 2135) und 1917 das epidemische Auftreten der Ruhr zusammen mit den durch Krieg und Hungerblockade bedingten Gesundheitsschädigungen unheilvoll auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung eingewirkt und die hohe Sterblichkeit in Oberschlesien mitbedingt. Bemerkt

Tabelle 3. Gesamtsterblichkeit 1909 bis 1918 auf 1000 Lebende berechnet, in Oberschlesien, in den Regierungsbezirken Breslau und Liegnitz und in Preußen.



sei hier, daß von den 38 Regierungsbezirken Preußens, die weit überwiegende Mehrzahl derjenigen, in denen die Sterblichkeit den Staatsdurchschnitt in den einzelnen Jahren übersteigt, im Osten liegt. So gehören z. B. im Jahre 1911 und im Jahre 1916 von 21 Bezirken mit einer den Staatsdurchschnitt übertreffenden Sterblichkeit 14, im Jahre 1913 von diesen 18 Regierungsbezirken 14, im Jahre 1918 von den 20 Bezirken 13 der östlichen Hälfte Preußens an. Oberschlesien, und ich füge hinzu, auch die beiden anderen Regierungsbezirke der alten Prozinz Schlesien, Breslau und Liegnitz, nehmen an dieser „Eigentümlichkeit des Ostens", auf deren Ursachen hier des näheren nicht eingegangen werden kann, teil. In diesem Zusammenhange sei dann noch auf die bemerkenswerte Tatsache hingewiesen, daß die Regierungsbezirke Breslau und Liegnitz in den Jahren 1909 bis 1918 ebenfalls sehr hohe Sterbeziffern aufwiesen, von denen die für den Regierungsbezirk Breslau die oberschlesischen mehrfach, 1909, 1910, 1912, 1914 und 1917, noch übertreffen (Tabelle 3). Jedenfalls ist es auffallend, daß Oberschlesien mit seinem Industriebezirk, wo auf einen verhältnis-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mäßig kleinen Raum eine sehr zahlreiche Bevölkerung zusammengedrängt ist, die in ihrer Hauptmenge infolge ihres Berufes noch gewerblichen Gesundheitsschädigungen mannigfacher Art ausgesetzt ist, hinsichtlich seiner Sterblichkeitszahlen nicht viel ungünstiger dasteht, ja in manchen Jahren besser als seine Nachbarbezirke, wo wir derartige äußere Verhältnisse nicht, keinesfalls in der gleichen Ausdehnung haben. Daß aber die oberschlesischen Zahlen nicht erheblich höher sind, als die der Regierungsbezirke Breslau und Liegnitz, bedingt in der Hauptsache der starke Geburtenüberschuß Oberschlesiens, der ausgleichend in den Sterbeziffern zum Ausdruck kommt (Tabelle 2). Würde man, um nur ein Beispiel zu geben, die Geburtenziffer Oberschlesiens für 1912 unter Zugrundelegung der Breslauer Zahl berechnen, so würde sich für 1912 in Oberschlesien auf 1000 Lebende berechnet nur ein Geburtenüberschuß von 12,55 ergeben, während er sich tatsächlich auf 19,29 stellt (Tabelle 2). Ich verweise hierzu noch auf das, was Volz in seiner ganz vortrefflichen aufklärenden Schrift über Oberschlesien (Die wirtschaftlich geographischen Grundlagen der oberschlesischen Frage. Berlin, Georg Stilke, 1921) sagt: „So ist es über jeden Zweifel erhaben, daß die starke Volkszunahme nicht durch polnische Zuwanderung, sondern lediglich von innen heraus durch den starken Geburtenüberschuß und innere Gesundung der Lebensverhältnisse der oberschlesischen Bevölkerung erfolgt ist, die vor 80 Jahren noch vorhandene Zuwanderung ist seit langem wesenslos geworden."

Die Schwankungen in der Höhe stimmen bei den oberschlesischen Sterblichkeitszahlen (Tabelle 3) für die einzelnen Jahre im ganzen mit denen der Ziffern für Preußen überein. Für das Jahr 1913 ergibt sich in der Kurve für Oberschlesien eine Abweichung: während die Zahl für Preußen im Vergleich mit 1912 von 15,5 auf 14,9 absinkt, steigt die oberschlesische von 18,60 auf 19,06, d. i. um 0,46 (Tabelle 2 und 3). Von den übrigen Regierungsbezirken Preußens weist nur noch der Bezirk Osnabrück ebenso wie Oberschlesien im Jahre 1913 ein mäßiges Ansteigen der Sterblichkeitsziffer gegenüber 1912 auf, und zwar eine Zunahme von 13,44 auf 13,79, also um 0,35. Eine genauere Prüfung ergab, daß sowohl für Oberschlesien als auch für Osnabrück diese Erhöhung so gut wie ausschließlich durch vermehrte Sterblichkeit der Säuglinge und Kleinkinder bedingt ist. Es handelt sich aber hierbei nicht um besondere Ursachen, die sich gerade in diesen beiden Bezirken bemerkbar gemacht hätten, sondern um Schwankungen, wie sie auch ohne solche auftreten und gegebenenfalls die Gesamtzahl beeinflussen können, wenn z. B. in den übrigen Altersklassen die Verminderung der Sterblichkeit von einem Jahr zum anderen hinter einem gewissen Satz zurückgeblieben ist, oder in einzelnen Altersklassen etwa außerdem noch eine, wenn auch geringe Erhöhung eingetreten ist.

Der weitere Verlauf der Sterblichkeitskurve für Oberschlesien (Tabelle 3) in den Jahren 1914 bis 1918 entspricht mit einer Ausnahme dem im Staat und in den anderen Bezirken während dieser fünf Kriegsjahre.

Hinsichtlich des Kurvenverlaufs im allgemeinen sei bemerkt: Die hohen Sterbeziffern 1914 und 1915, in denen die standesamtlich gemeldeten Militärpersonen mit enthalten sind, sind hauptsächlich auf den Krieg zurückzuführen, der auch in allen anderen hierdurch nicht direkt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

betroffenen Altersklassen beider Geschlechter mit Ausnahme der 1 bis 2 Jahre alten Kinder eine Aufwärtsbewegung der Ziffern herbeiführte (Medizinalstatistische Nachrichten, 7. Jahrg., Heft 2, S. 143/44 und 8. Jahrg., Heft 2, S. 155/56).

Im Jahre 1915 macht sich als Kriegsfolge, veranlaßt durch die schädigende Einwirkung der Unterernährung überall in Deutschland, auch in Oberschlesien (Tabelle 1) eine deutliche Zunahme der Sterblichkeit unter den weiblichen Personen bemerkbar; es starben in Oberschlesien 1913: 18,0, 1914: 18,3 und 1915: 19,3 von 1000 weiblichen Lebenden.

Der allgemeine, wenn auch meist nur geringe Rückgang der Sterblichkeitskurve im Jahre 1916 ist in der Hauptsache auf die Abnahme der Sterbefälle unter den Heeresangehörigen zurückzuführen, und diese wieder dadurch bedingt, daß durch den Übergang vom Angriffs- zum Stellungskriege die Verluste an sich geringer wurden, und daß jetzt eine schnellere und sorgfältigere Behandlung der Verwundeten und Kranken möglich wurde. Es starben im ganzen im Jahre 1916 von Heeresangehörigen 73 423 weniger als 1915 (Medizinalstatistische Nachrichten, 9. Jahrg., Heft 2, S. 90). Für Oberschlesien beträgt die Zahl der durch „Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung" Gestorbenen, unter denen die gestorbenen Militärpersonen in der Hauptsache aufgeführt sind, im Jahre 1915: 14 579 und im Jahre 1916: 10 699, also 3880 weniger. Nicht ganz unwesentlich wird das Sinken der Sterblichkeitszahl ferner noch durch den Geburtenrückgang, der 1915 zum ersten Male in Oberschlesien keinen Überschuß, sondern bereits ein ziemlich erhebliches Minus darstellt (Tabelle 2), mitbeeinflußt.

Das Jahr 1917 bringt in dem 10jährigen Abschnitt 1909 bis 1918 die zweite Abweichung der oberschlesischen Zahl von der allgemeinen Kurve. Hier ist für Oberschlesien ein weiteres Sinken der Sterblichkeitsziffer von 22,8 (1916) auf 22,5 (1917) zu verzeichnen, während für Preußen die Kurve einen Anstieg aufweist und sich ebenso wie für Preußen die Sterbeziffern der meisten preußischen Regierungsbezirke verhalten. Nur zwei, Arnsberg und Münster, zeigen 1917 ebenso wie Oberschlesien ein Niedrigerwerden der Sterbeziffern, und zwar Arnsberg von 17,3 (1916) auf 17,0 (1917) und Münster von 18,6 (1916) auf 18,2 (1917). Nach den Medizinalstatistischen Nachrichten (9. Jahrg., Heft 2, S. 91) ergibt sich für das Jahr 1917 in Preußen eine Zunahme der Todesfälle um 60 810 gegen 1916, obwohl die Kriegsverluste um 22 537 und die Sterbefälle der Kinder des ersten Lebensjahres um 6163 abgenommen haben. Diese Zunahme der Todesfälle betraf folgende Krankheiten: Tuberkulose, Altersschwäche, Lungenentzündung, „andere übertragbare Krankheiten", Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Kreislauforgane, „andere Krankheiten des Nervensystems und Krankheiten der Verdauungsorgane". Die Zunahme der Todesfälle an diesen Krankheiten erklärt zwanglos die Steigerung der Sterblichkeit des Jahres 1917. Zweifellos spielt bei dieser Zunahme, insbesondere bei den Todesfällen an Altersschwäche und Tuberkulose die Einwirkung der feindlichen Hungerblockade eine erhebliche Rolle.

In Oberschlesien finden wir ebenfalls im Jahre 1917 eine Zunahme der Todesfälle bei allen den genannten Krankheiten, nur bei der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lungenentzündung ein geringes Nachlassen von 4137 (1916) auf 4017 (1917). Die Zunahme der Sterblichkeit ist bei den meisten der genannten Krankheiten in Oberschlesien nicht gerade sehr erheblich mit Ausnahme bei den unter „andere übertragbare Krankheiten" aufgeführten Leiden. Hier ist die Zunahme eine ganz außerordentliche, nämlich von 154 (1916) auf 2444 (1917), bedingt durch die hier mitgezählten Todesfälle an Ruhr (s. S. 302). Abgenommen haben 1917 auch in Oberschlesien die Sterbefälle der Kinder des ersten Lebensjahres (1916: 2873, 1917: 2713) und die durch den Krieg unmittelbar bedingten Todesfälle (1916: 11 952, 1917: 8739). Im übrigen ist nur noch bei den Todesfällen nach Scharlach und nach Masern für 1917 eine nennenswerte Verminderung eingetreten, von 885 auf 399 bzw. von 614 auf 161, doch wird durch dieses Herabgehen die Zunahme der Todesfälle an den anderen Krankheiten nicht aufgewogen. Nehmen wir noch hinzu, daß 1917 in Oberschlesien ein Geburtenüberschuß nicht mehr vorhanden ist, die Zahl der Lebendgeborenen 1917 hinter der der Gestorbenen sogar um 5644 zurückbleibt (Tabelle 2), so müßten wir von vornherein auch für Oberschlesien ein Anwachsen der Sterbeziffer für 1917 erwarten. Daß diese Verluste an Menschenleben in der Sterbeziffer aber nicht zutage treten, ist bedingt durch das Anwachsen der Bevölkerung von 2 328 684 (1916) auf 2 354 266 (1917), und dieses ist wieder zurückzuführen auf die Umstellung großer Betriebe der oberschlesischen Industrie für den Kriegsbedarf, wodurch eine erhebliche Zuwanderung an Arbeitskräften, insbesondere aus Polen nach Oberschlesien, herbeigeführt wurde.

Wie oben erwähnt, haben 1917 außer der Provinz Oberschlesien die beiden westfälischen Regierungsbezirke Arnsberg und Münster keine Erhöhung der Sterblichkeit gegenüber 1916. Infolge Fehlens amtlicher näherer Angaben über die Zahl der Todesfälle an den einzelnen Krankheiten im Jahre 1917 (s. o.) war eine Feststellung, wie in den Regierungsbezirken Arnsberg und Münster die Sterblichkeit an den oben genannten Krankheiten (Tuberkulose, Altersschwäche, Lungenentzündung usw.) sich 1917 im Vergleich zu 1916 verhielt, nicht möglich. Auch durch diesbezügliche Anfragen bei der Regierung in Arnsberg und Münster konnte ich Auskunft nicht erhalten. So mußte die immerhin interessante Frage, ob in den beiden westfälischen Regierungsbezirken, insbesondere in dem ebenfalls von Industrie und Kohlenbergbau beherrschten Regierungsbezirk Arnsberg ähnliche Ursachen wie in Oberschlesien die Verkleinerung der Sterbeziffer 1917 bedingt haben, offen bleiben.

Das erneute ganz außerordentliche, den bisherigen Höchststand vom Jahre 1915 weit hinter sich lassende Emporschnellen der Sterblichkeitskurve im Jahre 1918 ist in erster Linie auf das pandemische Auftreten der Influenza und ihrer Folgekrankheiten, vor allem Lungenentzündung und Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit, zurückzuführen. In den Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Berlin 1920, 10. Bd., Heft 6, hat Regierungs- und Medizinalrat Dr. Lemke (Oppeln) „Die Grippeepidemie des Jahres 1918 im Regierungsbezirk Oppeln" ausführlich behandelt. Ich kann mich daher darauf beschränken, auf seine Veröffentlichung hinzuweisen. Ganz kurz sei jedoch aus derselben hervorgehoben: Die Epidemie begann in Oberschlesien Ende April und Anfang

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mai 1918 mit etwa 250 Fällen in der Woche, zeigte zunächst einen leichten Anstieg bis zu 400 Fällen, um bis gegen Ende Juni etwas nachzulassen. Um die Monatswende Juni/Juli beginnt ein steiler Anstieg der Erkrankungsfälle bis zu etwa 1600 Fällen in der Woche, Mitte Juli ein weiterer, aber mäßiger Anstieg bis zu etwa 2000 Fällen Ende Juli. Dann sinkt die Erkrankungsziffer bis Mitte August auf etwa 800 Fälle, um Anfang September aufs neue stark anzusteigen. Den Höhepunkt erreichten die wöchentlichen Erkrankungsfälle um die Mitte des Oktober mit der Zahl von etwa 5000. Sodann sinkt die Kurve dauernd, um am Ende des Jahres die Zahl von etwa 250 wieder zu erreichen. Die mutmaßliche Gesamtzahl der Erkrankungsfälle betrug 383 800.

Die Gesamtzahl der Sterbefälle betrug nach Lemke 16 532 (männl. 7542 und weibl. 8990). Das Statistische Landesamt gibt für 1918 unter Influenza 8789 Todesfälle an. Diese Differenz erklärt sich dadurch, daß die Zusammenstellung des Statistischen Landesamtes auf den standesamtlichen Meldungen aufgebaut ist, und diese wieder sich auf die nicht immer genauen Angaben über die Todesursache stützen. Als Beleg sei folgendes angeführt. Die Lungenentzündung ist mit die häufigste tödliche Nachkrankheit der Grippe. Ohne ausdrückliche Angabe auf dem Totenschein ist es aber dem Standesbeamten ganz unmöglich, irgendwie festzustellen, ob die angegebene Lungenentzündung eine Folge der Influenza oder eine krupöse Pneumonie war. Der größte Teil der standesamtlich als Lungenentzündungstodesfälle gemeldeten Sterbefälle ist 1918 aber als mit der Grippe im Zusammenhang stehend anzusehen und demgemäß ihr wohl zuzurechnen. Dafür sprechen auch die Zahlenangaben des Statistischen Landesamtes über Todesfälle an Lungenentzündung 1916: 4137, 1917: 4017 und im Grippejahr 1918: Steigerung auf 7740 Todesfälle. Übrigens ergibt die Summe von Influenza und Lungenentzündungstodesfällen 1918 der Medizinalstatistischen Nachrichten 8789 + 7740 = 16 529, also fast genau dieselbe Zahl (16 532), die Lemke für die Influenzatodesfälle angibt. Am stärksten beteiligt waren in Oberschlesien an den Todesfällen absolut die Säuglinge, unter ihnen die männlichen in erheblich höherem Maße, sodann das kräftige Lebensalter von 20 bis 40 Jahren, und zwar im Alter von 20 bis 30 Jahren die Frauen stärker als die Männer.

Zusammenfassung der Ergebnisse der bisherigen Betrachtungen.

1. Der Geburtenüberschuß ist in Oberschlesien in den fünf Friedensjahren 1909 bis 1913 ein großer. Mit dem Jahre 1915 tritt ein erheblicher Rückgang ein, der in den Jahren 1916 bis 1918 mehr und mehr zunimmt.

2. Trotz dieses hohen Geburtenüberschusses ist die Sterbeziffer für Oberschlesien schon in den fünf Friedensjahren 1909 bis 1913 eine sehr hohe, sie übersteigt immer den Jahresdurchschnitt Preußens um ein Beträchtliches. In drei von den zehn Jahren 1909 bis 1918 war sie die höchste im preußischen Staate.

3. Vornehmlich ist es das Kleinkindesalter (1 bis 5 Jahre), das in Oberschlesien hohe Sterbeziffern aufweist. Bei den übrigen Altersklassen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist ein nennenswerter Unterschied gegenüber den Ziffern der anderen Regierungsbezirke Preußens nicht festzustellen.

4. Die Schwankungen der Sterblichkeitskurve für Oberschlesien entsprechen sowohl in den fünf Jahren vor Ausbruch des Weltkrieges, als auch während der fünf Kriegsjahre im großen und ganzen (nur zwei Abweichungen 1913 und 1917) den Schwankungen der Kurve für Preußen und seine Regierungsbezirke.

2. Die Sterblichkeit in den einzelnen Kreisen Oberschlesiens in den Jahren 1909 bis 1918.

Die so große volkswirtschaftliche Bedeutung Oberschlesiens beruht auf seiner Industrie, die sich auf seinen großen Reichtum an abbauwürdigen Bodenschätzen, vor allem Steinkohle, Zink-, Blei- und Eisenerzen gründet. Diese Bodenschätze finden sich in einem verhältnismäßig kleinen Bezirk im Osten und Südosten Oberschlesiens. In einem Teil dieses Bezirkes, dem eigentlichen Industriebezirk, der die sieben Kreise Beuthen Stadt und Beuthen Land, Kattowitz Stadt und Kattowitz Land, Königshütte, Hindenburg und Tarnowitz umfaßt, ist der Abbau und die Verarbeitung derselben voll im Gange.

In den angrenzenden Kreisen Pleß, Rybnik, Gleiwitz Stadt, Tost-Gleiwitz, Ratibor Stadt und Ratibor Land sind die Hebung und Verarbeitung von Kohle und Erzen in mehr oder weniger großem Umfange in Angriff genommen worden und in aufsteigender Entwicklung begriffen. Während in den an erster Stelle genannten sieben Kreisen, die wir als reine Industriekreise bezeichnen können, die Bevölkerung in ihrer weit überwiegenden Mehrheit in den industriellen Betrieben beschäftigt ist und der andere Teil durch Beruf und Erwerb mehr oder weniger mit der Industrie verbunden und deshalb gezwungen ist, in diesen dichtbevölkerten mit mannigfachen industriellen Betrieben, wie Steinkohlen-, Erzgruben, Hochöfen, Hütten verschiedener Art, Teer-, Koks-, Ammoniak-, Benzolfabriken usw., dicht besetzten Gebiet sich aufzuhalten, finden wir in den obengenannten Kreisen Pleß, Rybnik usw., eine ihrer Beschäftigung nach gemischte Bevölkerung, neben Industrie-, Berg- und Hüttenarbeitern Bauern und andere ländliche Besitzer. Wir haben hier also Kreise mit Industrie und Landwirtschaft. In diese Kategorie sind dann noch die Kreise Groß-Strehlitz, Oppeln Stadt, Oppeln Land und Neustadt zu rechnen. In diesen Kreisen haben wir zwar keine Bergwerks- und Hüttenindustrie, wohl aber ziemlich umfangreiche Kalkwerke und Zementfabriken, in Neustadt außerdem große Leinenweberei, verbunden mit Hauswebereien, ferner Strumpfwirkereien und Schuhwarenfabriken.

Als rein landwirtschaftliche Kreise sind an dritter Stelle die neun Kreise: Kreuzburg, Lublinitz, Rosenberg, Leobschütz, Falkenberg, Grottkau, Kosel und Neiße Stadt und Land zu nennen.

Die sieben Kreise des eigentlichen Industriebezirks, Beuthen Stadt, Beuthen Land, Kattowitz Stadt, Kattowitz Land, Königshütte, Hindenburg und Tarnowitz umfassen einen Flächenraum von 760,997 qkm und hatten nach der Volkszählung vom 1. Dezember 1910 861 183 Einwohner, so daß auf 1 qkm 1131 Einwohner kommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die zehn Kreise mit Industrie und Landwirtschaft: Pleß, Rybnik, Gleiwitz Stadt, Tost-Gleiwitz, Ratibor Stadt, Ratibor Land, Oppeln Stadt, Oppeln Land, Groß-Strehlitz und Neustadt nehmen einen Flächenraum von 6807,847 qkm ein und hatten am 1. Dezember 1910 zusammen 881037 Einwohner, also auf je 1 qkm 129 Einwohner.

Bei den neun landwirtschaftlichen Kreisen: Kreuzburg, Lublinitz, Rosenberg, Leobschütz, Falkenberg, Grottkau, Kosel, Neiße Stadt und Neiße Land ergeben sich folgende Zahlen: Flächenraum 5657,421 qkm mit 492322 Einwohnern, so daß auf 1 qkm 87 Einwohner kommen.

Die neun landwirtschaftlichen Kreise Oberschlesiens haben somit bei ihrem fast 7,5mal so großen Flächenraum nur etwas mehr als halbmal soviel Einwohner als die sieben Industriekreise, während die Kreise mit gemischter, landwirtschaftlicher und industrieller Bevölkerung auf einen fast neunmal so großen Flächenraum im Jahre 1910 nicht ganz 20000 Einwohner mehr zählten als die Industriekreise.

Diese eben kurz geschilderten Verhältnisse in Größe und Einwohnerzahl der drei Kreisarten Oberschlesiens haben sich in den 10 Jahren 1909 bis 1918 nicht irgendwie wesentlich verschoben. Den Hauptanteil an der aus Tabelle 2 ersichtlichen Zunahme der Bevölkerung Oberschlesiens tragen die Industriekreise. So ist z. B. im Landkreis Kattowitz die Bevölkerung von 1912 mit 227217 Einwohnern im Jahre 1914 auf 240157 Einwohner angewachsen, im Landkreis Beuthen von 1912 bis 1914 um rund 11000 und im Kreise Hindenburg um rund 8000 Einwohner. Geringere Zunahme, aber auch überall ein Anwachsen, weisen die Stadtkreise des Industriebezirkes Beuthen, Kattowitz, Königshütte und der Kreis Tarnowitz auf. Von den Kreisen mit landwirtschaftlicher und industrieller Bevölkerung und den rein landwirtschaftlichen Kreisen sind es nur die Kreise Pleß und Rybnik, die eine größere Zunahme der Bevölkerung, 4000 und 9000, in den genannten Jahren haben, bei allen anderen ist sie ganz erheblich geringer, ja es ergab sich bei einigen sogar eine Bevölkerungsabnahme.

Wie stellt sich nun die Anteilnahme der drei Kreisarten an den hohen Sterbeziffern Oberschlesiens? Die so erheblichen Verschiedenheiten in der Bevölkerungsdichte und die ganz andere Art der

a) Die Zahl der Todesfälle überhaupt in den einzelnen Jahren von 1909 bis 1918 betrug für jede der Kreisarten zusammengefaßt:

	A	B	C
1909	18131	17774	10072
1910	15924 (18,46)	17231 (19,53)	9585 (19,16)
1911	18280	18237	10173
1912	16418 (18,81)	16208 (18,01)	9460 (19,13)
1913	17083 (19,17)	17282 (18,97)	9416 (18,99)
1914	19693 (21,57)	19345 (20,97)	10642 (21,41)
1915	24072	23850	12752
1916	19702	21741	11651
1917	19945	21719	11307
1918	26817	27142	14455

A = Industriekreise. B = Kreise mit Industrie und Landwirtschaft. C = Landwirtschaftliche Kreise. — Die Zahlen in Klammern geben die Zahl der Todesfälle auf 1000 Lebende berechnet an.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beschäftigung der Einwohner in den reinen Industriekreisen im Gegensatz zu den rein landwirtschaftlichen Kreisen und den Kreisen mit landwirtschaftlicher und industrieller Bevölkerung lassen an sich von vornherein mit Wahrscheinlichkeit darauf rechnen, daß sich hinsichtlich der Sterblichkeitsverhältnisse ebenso erhebliche Unterschiede, und zwar zuungunsten der Industriekreise finden werden.

Es konnten zu dieser und den folgenden Zusammenstellungen in der Hauptsache nur die absoluten Zahlen benutzt werden. Die Berechnung der Todesfälle auf je 1000 Lebende war nur für wenige Jahre, für welche die Einwohnerzahlen der einzelnen Kreise in der amtlichen Statistik (Medizinalstatistische Nachrichten usw.) vorhanden sind, durchzuführen. Der Versuch, auch für die übrigen Jahre die Bevölkerungszahlen zu erhalten, gelang nicht, da bei den meisten Kreisverwaltungen, an die ich mich deshalb wandte, Zählungen und Aufstellungen über Bevölkerungsmenge nicht vorgenommen und auch nachträgliche Feststellungen wohl nicht mehr möglich waren. Wie oben angeführt wurde, weicht die Einwohnerzahl der Industriekreise und die der Kreise mit Industrie und Landwirtschaft im allgemeinen nicht wesentlich voneinander ab, während die Bevölkerungszahl der landwirtschaftlichen Kreise etwa halb so groß ist. In Berücksichtigung dieser, wenn auch nicht ganz fehlerfreien, in diesem Zusammenhange aber wohl für die einzelnen Jahre ausreichend richtigen Feststellung ergibt sich nach den obengenannten Sterblichkeitszahlen für die Industriekreise keine abnorm hohe Sterblichkeit in den einzelnen Jahren; an den hohen Sterbeziffern Oberschlesiens sind vielmehr die drei Kreisarten ihrer Bevölkerungszahl nach etwa gleichmäßig beteiligt. Dieser Satz gilt auch für die Jahre 1915 und 1918, die in dem Jahrzehnt 1909 bis 1918 die höchsten Sterbeziffern aufweisen. Wie schon oben angedeutet, ließ sich dieses Ergebnis von vornherein kaum erwarten. Es schien vielmehr die Annahme gerechtfertigt, daß die Industriekreise so viel gesundheitlich ungünstigere Lebensbedingungen bieten müßten, daß unter ihrer Bevölkerung die Sterblichkeit den anderen Kreisen gegenüber mindestens eine sehr deutlich erhöhte sein würde. Der höhere Verdienst, die daraus sich ergebenden besseren Ernährungsmöglichkeiten, auch die schnellere und bessere Versorgung im Falle von Krankheiten in den verschiedenen Krankenanstalten der Knappschaften und der Hüttenverwaltungen sind wohl mit als wesentliche Gründe für die immerhin bemerkenswerte Tatsache anzuführen, daß die Sterblichkeit in dem eigentlichen Industriebezirk Oberschlesiens in den 10 Jahren 1909 bis 1918 keine nennenswert höhere gewesen ist, als in den übrigen oberschlesischen Kreisen.

Erwähnung verdient in diesem Zusammenhange noch der Umstand, daß in den Bergwerken, Hütten und anderen Industrieanlagen eine Anzahl von Leuten arbeitet, die nicht im Industriebezirk, sondern in den übrigen Kreisen Oberschlesiens beheimatet ist. Diese Leute bleiben die Woche über an ihrer Arbeitsstätte und kehren nur über Sonntag nach Hause zurück. Die Eisenbahndirektion Kattowitz stellt dazu besondere Züge, die jeden Sonnabend von Kattowitz bis Neustadt bzw. Kreuzburg durchgeführt werden und in der Nacht vom Sonntag zum Montag wieder zurückgehen. Wenn die Zahl dieser Leute auch im Vergleich mit der Gesamtzahl der Einwohner, die ihren festen Wohnsitz im Industriebezirk haben, nur als unerheblich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu bezeichnen ist, so ist doch nicht ganz von der Hand zu weisen, daß sie bis zu einem gewissen Grade ausgleichend auf die Sterblichkeitszahlen für die verschiedenartigen Kreisarten mitgewirkt und das oben angeführte Ergebnis mitbeeinflußt haben kann.

Die obige Feststellung gibt nur ein ganz allgemeines Bild und läßt irgendwelche weiteren Schlüsse auf den Gesundheitszustand in Oberschlesien, speziell im oberschlesischen Industriebezirk nicht zu. Die Kenntnis, wie sich die Zahl der Todesfälle auf die einzelnen Krankheiten bzw. auf einige in diesem Sinne besonders markante verteilt, ob sich hier bei den Bewohnern der verschiedenen Teile Oberschlesiens Unterschiede zeigen, könnte weiterführen.

Würden wir so z. B. erfahren, daß die Tuberkulosesterblichkeit in einer der drei Kreisarten abnorm hoch oder niedrig ist, so hätten wir damit schon eine an sich beachtenswerte Tatsache gewonnen. Nur ist es auch dann noch nicht angängig, hieraus allein schon endgültig vergleichende Schlüsse auf gesundheitliche oder hygienische Verhältnisse in dem betreffenden Bezirk zu ziehen, ohne die näheren Gründe für das etwaige abnorme Ergebnis geprüft zu haben. Immerhin wird durch diese Einschränkung der Wert der Erhebung über die Häufigkeit einzelner Todesursachen in den verschiedenen Bezirken nur bis zu einem gewissen Grade verkleinert, nicht aufgehoben. Leider war es infolge Raummangels nicht möglich, alle oder doch die Mehrzahl der in den amtlichen Sterblichkeitsübersichten aufgeführten Krankheiten und Todesursachen für die drei Kreisarten zu erörtern. Es konnten zu diesem Zweck vielmehr nur einige für die Volksgesundheit wichtige Krankheiten und Todesursachen ausgewählt werden, und zwar: Tuberkulose, Typhus, Lungenentzündung, die Influenza im Jahre 1918 und Altersschwäche.

b) Zahl der Todesfälle an Tuberkulose in den Kreisen Oberschlesiens in den Jahren 1909 bis 1918.

	A	B	C
1909	1178	1660	908
1910	1118 (1,29)	1451 (1,64)	829 (1,73)
1911	1293	1785	880
1912	1406 (1,61)	1597 (1,77)	838 (1,69)
1913	1356 (1,52)	1580 (1,73)	795 (1,60)
1914	1554 (1,70)	1658 (1,58)	840 (1,69)
1915	1842	1888	950
1916	1897	2057	1007
1917	2577	2414	1142
1918	3444	2604	1209

Aus der vorstehenden Übersicht über die Tuberkulosesterblichkeit in den drei verschiedenen Kreisarten Oberschlesiens in den Jahren 1909 bis 1918 ist zu ersehen, daß in den fünf Friedensjahren 1909 bis 1913 die Industriekreise im Vergleich mit den übrigen Kreisen Oberschlesiens keine höhere Tuberkulosesterblichkeit hatten. Erst die Kriegsjahre bringen eine stärkere, stetig zunehmende Steigerung. In den beiden letzten Jahren, 1917 und 1918, übertreffen im Gegensatz zu früheren Jahren die Zahlen der Todesfälle in den Industriekreisen die der Fälle in den Kreisen mit gemischter, landwirtschaftlicher und industrieller Bevölkerung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

c) Zahl der Todesfälle an Typhus in den Kreisen Oberschlesiens in den Jahren 1909 bis 1918.

	A	B	C
1909	16	32	32
1910	21 (0,02)	23 (0,02)	23 (0,04)
1911	37	25	13
1912	13 (0,01)	24 (0,02)	14 (0,02)
1913	23 (0,02)	25 (0,02)	25 (0,05)
1914	72 (0,07)	97 (0,10)	57 (0,11)
1915	94	114	59
1916	37	22	26
1917	60	40	36
1918	114	53	62

Die Zahl der Typhustodesfälle war in Oberschlesien in den Jahren 1909 bis 1913 im allgemeinen auffallend gering, auch in den Industriekreisen. Hier bringen nur die Jahre 1917 und 1918 eine etwas erheblichere Steigerung, so daß in diesen beiden Jahren die Industriekreise ungünstiger dastehen als die landwirtschaftlichen Kreise und die Kreise mit Industrie und Landwirtschaft.

d) Zahl der Todesfälle an Lungenentzündung in den Kreisen Oberschlesiens in den Jahren 1909 bis 1918.

	A	B	C
1909	1879	1450	684
1910	1901 (2,20)	1396 (1,58)	677 (1,37)
1911	2026	1570	671
1912	1859 (2,14)	1335 (1,48)	678 (1,37)
1913	1794 (2,01)	1391 (1,52)	671 (1,35)
1914	2009 (2,20)	1402 (1,52)	655 (1,31)
1915	2142	1481	666
1916	1818	1591	728
1917	1715	1631	689
1918	3998	2568	1174

Während bei der Tuberkulose und beim Typhus in den Friedensjahren 1909 bis 1913 und ebenso in den ersten Kriegsjahren unter der Bevölkerung der reinen Industriekreise eine erheblichere Sterblichkeit gegenüber den Kreisen mit Industrie und Landwirtschaft und den rein landwirtschaftlichen Kreisen nicht festzustellen war und eine Steigerung zuungunsten der Industriekreise erst in den beiden Jahren 1917 und 1918 eintrat, gibt die Sterblichkeit an Pneumonie von vornherein ein anderes Bild: In den Industriekreisen ist die Sterblichkeit an Pneumonie schon in den Friedensjahren andauernd eine hohe im Vergleich mit der in den übrigen Kreisen Oberschlesiens. Die Todesfälle an Pneumonie häuften sich außer im Säuglingsalter bei den Altersklassen von 1 bis 5 und 30 bis 60 Jahren. Die hohe Pneumoniesterblichkeit bei den letztgenannten Altersklassen ist wohl mit der Art und Schwere der Arbeit in den industriellen Betrieben in Zusammenhang zu bringen. Der bei dieser nicht selten notwendige plötzliche Wechsel von Hitze und Kälte, auch der Aufenthalt unter Tage in den Bergwerken führen leicht zu Erkältungen, die wiederum die Infektion an Pneumonie begünstigen können. Bei der an die Arbeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Freien gewöhnten landwirtschaftlichen Bevölkerung tritt dieses Moment ganz erheblich zurück.

Im Anschluß an die Sterblichkeit an Lungenentzündung sei noch kurz der Verteilung der Todesfälle an Influenza während der Epidemie 1918 Erwähnung getan. Wegen des Zusammenhanges beider sei auf das oben bei Besprechung der Influenzaepidemie 1918 Angeführte hingewiesen. Nach der amtlichen Statistik in den Medizinalstatistischen Nachrichten betrug die Zahl der Todesfälle an Influenza in den Industriekreisen zusammen 2828 (6331), in den Kreisen mit Industrie und Landwirtschaft 4037 (6929) und in den rein landwirtschaftlichen Kreisen 1924 (3272). Die Zahl der Todesfälle an Influenza während der Epidemie 1918 ist demnach in den Industriekreisen zusammengenommen keine höhere gewesen als in den Kreisen mit Industrie und Landwirtschaft und in den rein landwirtschaftlichen Kreisen. Zu demselben Ergebnis führen auch die von Lemke angegebenen Zahlen, die in Klammern beigefügt sind.

e) Zahl der Todesfälle an Altersschwäche (über 60 Jahre) in den Kreisen Oberschlesiens in den Jahren 1909 bis 1918.

	A	B	C
1909	1047	2271	1664
1910	974 (1,13)	2302 (2,61)	1698 (3,44)
1911	1062	2284	1634
1912	1091 (1,25)	2423 (2,69)	1744 (3,52)
1913	961 (1,07)	2231 (2,44)	1644 (3,31)
1914	1007 (1,10)	2410 (2,61)	1744 (3,91)
1915	1249	2483	1788
1916	1421	2006	1805
1917	1577	3066	1843
1918	1645	2329	1881

Die Zahl der über 60 Jahre alten Personen ist in den Industriekreisen an sich geringer, als in den anderen Teilen Oberschlesiens. Die schwere Arbeit in den Bergwerken und Hütten, verbunden mit chronischen Gesundheitsschädigungen mannigfaltigster Art, wie z. B. jäher Wechsel zwischen Hitze und Kälte bei der Arbeit, Einatmung schädigender Gase, Unfälle usw. usw. wirken zweifellos auf die Lebensdauer ein. Außerdem werden die Arbeiter infolge davon oft schon frühzeitiger alt und arbeitsunfähig, so begegnet man im Industriebezirk nicht selten Männern, die im Alter von einigen 50 Jahren einen greisenhaften Eindruck machen und deren Kräfte in diesen Jahren schon vollkommen verbraucht sind. Sie erreichen das 60. Lebensjahr oft nicht. Diese Erfahrungen stehen im Einklang mit den Zahlen obiger Zusammenstellung. Das Anschwellen der Zahl der Todesfälle während der Kriegsjahre erklärt sich zwanglos durch die Wirkungen der Hungerblockade gerade auf die alten Leute über 60 Jahre. Daß auch jetzt die Zahl der Todesfälle in den Industriekreisen hinter der in den anderen beiden Kreisarten zurückbleibt, spricht für die oben angeführte Behauptung, daß die Zahl der Personen von 60 Jahren und darüber in den Industriekreisen geringer ist als im übrigen Oberschlesien.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zusammenfassung der Ergebnisse des zweiten Abschnittes der Betrachtungen.

1. Die Kreise Oberschlesiens lassen sich nach der Art der Berufsbeschäftigung ihrer Bevölkerung in drei verschiedene Arten sondern: a) Industriekreise, b) Kreise mit Industrie und Landwirtschaft, c) landwirtschaftliche Kreise.

2. An der hohen Sterblichkeit Oberschlesiens in den Jahren 1909 bis 1918 sind die drei Kreisarten im allgemeinen gleichmäßig beteiligt. Jedenfalls sind die Sterbeziffern für die Industriekreise in diesen Jahren keine höheren im Verhältnis zu den beiden anderen Kreisarten gewesen.

3. Auch bei den für die Volksgesundheit wichtigen Erkrankungen, Tuberkulose und Typhus, bestand in den Jahren 1909 bis 1913 und in den ersten Kriegsjahren keine Zunahme der Todesfälle in den Industriekreisen gegenüber den Kreisen mit Industrie und Landwirtschaft und den rein landwirtschaftlichen Kreisen, erst die Jahre 1917 und 1918 zeigten eine Verschiebung zuungunsten der Industriekreise.

4. Die Influenzaepidemie 1918 hat in den Industriekreisen verhältnismäßig keine höhere Sterblichkeit hervorgerufen als in den anderen Kreisen Oberschlesiens.

5. In den Industriekreisen bestand aber in den Jahren 1909 bis 1918 dauernd eine erhöhte Sterblichkeit an Lungenentzündung. Die Art der Arbeit in den Industriebetrieben ist hierfür wohl mit als prädisponierendes Moment anzusehen.

6. Altersschwäche (über 60 Jahre) kam als Todesursache bei den Industriearbeitern erheblich seltener in Betracht als bei den Bewohnern der landwirtschaftlichen Kreise und der Kreise mit Industrie und Landwirtschaft. Die schwere Arbeit in den Bergwerken und Hütten mit ihren mannigfachen Gesundheitsschädigungen, auch chronischen Charakters, läßt die Arbeiter meist frühzeitig altern und oft nicht über 60 Jahre alt werden.

Chronik der Gesundheitspflege.

Wohnungsfürsorge und Wohnungspolitik.

Von Prof. Dr. A. Korff-Petersen, Berlin.

Bevor ich die Veränderungen auf dem Gebiete des Wohnwesens schildere, die seit der letzten in dieser Zeitschrift veröffentlichten (1920) Chronik der Wohnungspolitik und Wohnungsfürsorge eingetreten sind, dürfte eine Untersuchung darüber am Platze sein, wie weit sich die Wohnungskalamität erstreckt und was ihre Ursachen sind. Der überaus starke Rückgang der Bautätigkeit während des Krieges, der zeitweise fast bis zu ihrem völligen Stilliegen führte, kann allein nicht die Ursache hierfür sein, denn der Wohnungsmangel machte sich schon zu einer Zeit geltend, wo infolge des Krieges die Bevölkerungszahl kleiner war als in den Jahren vor dem Kriege, in denen von einer Wohnungsnot nicht die Rede war. Auch die vielen Kriegsehen konnten damals noch nicht von ausschlaggebendem Einfluß auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Wohnungsmarkt sein. Es muß vielmehr berücksichtigt werden, daß der für die Wohnung aufzuwendende Geldbetrag in der minderbemittelten Bevölkerung vor dem Kriege einen hohen Teil des Einkommens ausmachte, daß er jedoch infolge der hohen Löhne, der gesteigerten Einnahmen im Kleinhandel und der künstlich niedrig gehaltenen Mieten von den letzten Jahren des Krieges an nur noch einen kleinen Bruchteil davon betrug. Infolgedessen entstand ein beträchtlich gesteigerter Anspruch an Wohnraum, eine Erscheinung, die an sich vom hygienischen Standpunkte nur zu begrüßen ist. Viele Personen, die bisher in Schlafstelle oder Einzelzimmer gewohnt hatten, bezogen nunmehr eine kleine oder selbst größere Wohnung. Von den bisherigen Bewohnern mittlerer und größerer Wohnungen wurden diese jedoch zähe festgehalten, auch wenn sie sonst ihre Lebenshaltung vielfach einschränken mußten. So kam es, wie das stellenweise statistisch nachweisbar ist, daß am Ende des Krieges die Zahl der Bewohner der kleinen Wohnungen geringer wurde, dagegen eine übergroße Nachfrage nach mittleren und größeren entstand. Gelegentlich sind auch zwei kleinere Wohnungen zu einer größeren vereinigt worden. Das Reichsarbeitsministerium hat durch eine Umfrage bei den Wohnungsämtern der größeren Städte festzustellen versucht, ob durch dies Bestreben nach Vergrößerung des Wohnraumes eine bemerkenswerte Abnahme der Wohnungszahl eingetreten sei. Die Antworten lauten sehr verschieden. Während eine Reihe von Städten die Frage verneint, wird sie von anderen bejaht. Es ist daraus zu schließen, daß sich — wenigstens an einzelnen Orten — die Wohnweise der Bevölkerung im allgemeinen gegenüber den Vorkriegsjahren verbessert hatte. Dies schließt jedoch nicht aus, daß auch schon damals einzelne Familien in durchaus menschenunwürdigen Behausungen unterkommen mußten.

Die durch diese sozialen Veränderungen hervorgerufenen Momente wirken zum Teil noch jetzt nach. Auch heute noch werden die Wohnungen von ihren Inhabern zähe festgehalten. Die Bevölkerung hat inzwischen aber zugenommen, während die Bautätigkeit sich nur unwesentlich gehoben hat. Dazu kommen die Familiengründungen, die in den letzten Jahren außerordentlich zahlreich waren und weit mehr als die Bevölkerungszunahme die Nachfrage nach Wohnungen steigerten. Während z. B. in Berlin 1910 auf 2 071 257 Personen 556 113 Haushaltungen kamen, betrug 1919 deren Anzahl 589 070, während die Anzahl der Personen auf 1 902 509 zurückgegangen war. Ferner hat sich ein gewaltiger Flüchtlingsstrom aus den geraubten Gebieten und aus dem östlichen Ausland über Deutschland ergossen. In den westlichen Gegenden nimmt auch die Besatzung einen ungebührlich großen Teil des Wohnraumes für sich in Anspruch. In Köln erforderte Anfang November 1920 die englische Besatzung von 18 000 Köpfen allein 5500 Räume. Es waren rund 24 000 qm Bureauräume belegt und 16 Hotels beschlagnahmt. Vor allem in den Grenzgebieten Ostpreußen, Schlesien, Baden, Württemberg und Hessen wurde durch diese verschiedenen Ursachen die Wohnungsknappheit erheblich verstärkt. Besonders hohe Zahlen von Wohnungssuchenden haben neben dem besetzten Gebiete die Städte Berlin-Lichtenberg mit 6,31 Proz., Breslau mit 7,87 Proz., Königsberg mit 6,12 Proz., Spandau mit 7,93 Proz. der Gesamteinwohnerzahl.

Trotz alledem ist aber damit noch nicht gesagt, daß der einzelne besonders schlecht wohne. Sicheres statistisches Material über die Beleg-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zahlen der einzelnen Wohnungen liegt nicht vor. Soweit es mir möglich war, an einzelnen Stellen Berlins Stichproben zu machen, habe ich den Eindruck gewonnen, daß sich die Verhältnisse hinsichtlich der Wohndichte gegenüber den letzten Kriegsjahren etwas verschlechtert haben und etwa auf dem Stande von 1910 wieder angelangt sind. In einzelnen und besonders in Arbeitergegenden scheint es freilich noch etwas besser zu sein.

Der erhöhten Nachfrage nach Wohnraum stand auch in den letzten Jahren nur eine geringe Bautätigkeit gegenüber. Hieran ist freilich nicht mehr der Mangel an Baumaterial schuld; dieses ist vielmehr zumeist in genügender Menge am Markte, wenn auch zu außerordentlich hohen Preisen. Mitte 1920 betrugen die Preise der Ziegeleierzeugnisse das 16fache, bei Holz das 25fache des Friedenspreises. Gegen Ende des Jahres 1921 sind diese Preise bei Ziegeleierzeugnissen um etwa 50 Proz., bei Holz um 110 bis 167 Proz. gestiegen.

In noch höherem Maße als die Preissteigerung der Baustoffe hat wohl die Lohnsteigerung der Bauarbeiter zur Verteuerung des Bauens beigetragen. Sie betrug Ende 1921 das 15- bis 20fache des Lohnes von 1914[1]). Der Nachwuchs des Bauarbeiterstandes ist nach dem Kriege erheblich zurückgegangen, da das Bauhandwerk zurzeit zu unsicher ist, um junge Leute anzulocken; auch die Leistungen der einzelnen Arbeiter sind zurückgegangen.

Gegenüber diesen gewaltigen Preissteigerungen für Löhne und Baustoffe spielt zurzeit der Geländepreis eine ziemlich untergeordnete Rolle, während er vor dem Kriege das größte Hindernis für den Bau besonders von Kleinwohnungen mit Gartenland gebildet hatte. — Einen gewissen Schutz gegen etwaige spätere übermäßige Preissteigerung bietet das Recht der Gemeinden auf Enteignung von Land zu Wohnzwecken und die Beschränkung der Bebaubarkeit.

Um die Wirkung der hohen Preise etwas abzuschwächen, hat man schon 1919 versucht, durch Herabsetzung der an die technische Bauausführung zu stellenden Anforderungen eine Einschränkung der Kosten zu erreichen. Alle Länder haben in letzter Zeit die baupolizeilichen Anforderungen an Klein- und Mittelhäuser erheblich gemildert, was um so eher möglich war, als für die bisher gültigen Baupolizeivorschriften das vier- bis fünfstöckige Zinshaus maßgebend war, und daher die Anforderungen bezüglich Feuersicherheit, Standfestigkeit usw. für kleinere Häuser bei weitem zu hohe waren. Die „Baupolizeirechtlichen Vorschriften" (Druckschrift 3 des Reichs- und Preußischen Staatskommissar für das Wohnungswesen) definieren als „Kleinhäuser" Häuser mit höchstens zwei Vollgeschossen ohne Nebenwohngebäude mit einer zu Garten- oder landwirtschaftlicher Nutzung geeigneten Freifläche von wenigstens 200 qm. Sie dürfen in jedem Geschoß nur eine geringe Anzahl von Kleinwohnungen

[1]) Infolge des katastrophalen Marksturzes der allerletzten Zeit ist eine weitere ungeheure Preissteigerung eingetreten. Die Handwerker- und Arbeitslöhne betrugen im Juni 1922 das 40- bis 54fache des Lohnes von 1914. Ziegel sind auf das 107fache, Balken- und Dachholz auf das 120- bis 125fache, Glas auf das 116fache, Ölanstriche auf das 100fache gestiegen. Durchschnittlich sind die Kosten der Baustoffe für eine 70 qm-Wohnung von 2000 bis 3000 M. im Juli 1914 auf 180 000 bis 350 000 M. im Juni 1922 gestiegen. Infolge dieser Teuerung konnte das in dieser Arbeit geschilderte Wohnungsprogramm der Reichsregierung nicht durchgeführt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

enthalten. Mittelhäuser sind danach Häuser mit höchstens drei Vollgeschossen und sechs Wohnungen ohne Wohnräume im Kellergeschoß. — Die in dieser Musterbauordnung vorgesehenen Vorschriften lassen zwar vom hygienischen Standpunkt im einzelnen manche Kritik zu, können aber doch im ganzen als ein Fortschritt begrüßt werden.

Eine weitere Verbilligung des Bauens hat man dadurch angestrebt, daß man Baustoffe verwandte, für die das Material auf der Baustelle oder in deren unmittelbaren Nähe vorhanden war. Dadurch wurden die hohen Transportkosten gespart, es brauchte nur wenig Kohle verwandt zu werden und der Arbeitslohn konnte dadurch verringert werden, daß der Bauherr selbst einen beträchtlichen Teil der Arbeit ausführte. So sind eine ganz unabsehbare Zahl sogenannter Ersatzbauweisen erfunden und zum Teil in der Praxis angewandt worden. Teilweise haben sie der Hauptanforderung: gute Standfestigkeit bei geringem Materialverbrauch und gutem Wärmeschutz recht gut entsprochen. Teilweise haben sich jedoch in der einen oder anderen Richtung bedeutende Mängel bemerkbar gemacht. — In größerem Maße sind die sparsamen Bauweisen nebeneinander in der Siedlung Langenhorn bei Hamburg angewandt worden, so daß hier später ein Vergleich zwischen den einzelnen Arten möglich sein wird. Vorläufig läßt sich allerdings noch kein abschließendes Urteil abgeben. — Von staatlicher Seite sind besonders in Preußen die verschiedenen Arten des Lehmbaues gefördert worden. Stellenweise sind besondere Schulen zur Erlernung dieses Bauverfahrens und Beratungsstellen dafür eingerichtet worden. Soweit der Lehmbau einwandfrei ausgeführt wird, sind gegen ihn vom hygienischen und technischen Standpunkte aus keine Bedenken zu erheben. Leider sind wiederholt grobe Verstöße gegen die Regeln der Bautechnik bei der Aufführung der Lehmbauten vorgekommen. So hat man vor allem den nötigen Regenschutz außer acht gelassen und dies hat zu schweren Mißerfolgen und Unfällen geführt. Eine genaue Übersicht über die bisher im Reiche ausgeführten Lehmbauten liegt noch nicht vor. Nach der „Denkschrift über Maßnahmen auf dem Gebiete des Wohnungs- und Siedlungswesens seit 1914“ des Reichsarbeitsministers wurden in Preußen 1919 etwa 100 und 1920 etwa 1600 Lehmbauten aufgeführt.

Die Lehmbau- und einzelne Stampf- und Gußbauweisen regen besonders zur „Selbsthilfe“ beim Bauen an, die unter Umständen so weit angebracht erscheint, als bei den Arbeiten keine technischen Kenntnisse nötig sind. In diesen Fällen können die einfacheren Verrichtungen vom Wohnungsbewerber und seinen Familienangehörigen ausgeführt werden. Wiederholt haben sich auch Arbeitsgemeinschaften auf genossenschaftlicher Grundlage zur gegenseitigen Unterstützung bei der Ausführung der Siedlungsarbeiten gebildet. Diese verpflichten sich gegenseitig durch Vertrag zu gemeinsamer Durchführung von bestimmten Arbeiten an den Häusern oder, falls in der Arbeitsgemeinschaft auch Handwerker vertreten sind, zur Fertigstellung sämtlicher Arbeiten an den Bauten. Die Innehaltung des Vertrages wird durch Vertragsstrafen gesichert. Vielfach sind auf diese Weise sehr große (bis 50 Proz. und mehr) Ersparnisse gemacht worden. Oft ist allerdings auch die hierauf gesetzte Hoffnung enttäuscht worden.

In diesem Zusammenhange sind auch die „Sozialen Baubetriebe“ zu nennen. Kopf- und Handarbeiter des Baugewerbes haben sich zu Bau-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

produktivgenossenschaften auf Grund des Genossenschaftsgesetzes oder als G. m. b. H. zusammengeschlossen, um durch Wettbewerb mit den rein privaten Bauunternehmen die hohen Baukosten zu senken. Diesen „Bauhütten" gehören vorwiegend die Gewerkschaften und ihre Verbände an, jedoch befinden sich unter den Gesellschaftern auch Wohnungsfürsorgestellen, Baugenossenschaften, Städte, Länder usw. Der „Verband sozialer Baubetriebe" gibt an, daß zurzeit rund 200 solcher Betriebe mit etwa 20 000 gewerblichen Arbeitern bestehen. Über die Tätigkeit dieser Betriebe liegen abschließende Erfahrungen noch nicht vor.

Die Regierung hat bei ihren Maßnahmen zur Förderung des Wohnungsbaues vor allem den Flachbau mit Gartenland, der früher sicherlich zum Schaden der Volksgesundheit vernachlässigt war, begünstigt. In der ersten Zeit nach dem Kriege war dies schon deswegen das einzig Mögliche, weil Baustoffe für Großhäuser nicht vorhanden waren. Dies ist freilich in letzter Zeit anders geworden. Trotzdem hat die Regierung an ihrem Standpunkte festgehalten, obwohl ihre Politik vielfach mit dem Hinweise bekämpft worden ist, der Flachbau sei unwirtschaftlich. Sicherlich ist das einzeln stehende Kleinhaus ein Luxus. Über die Baukostenfrage der Einfamilienreihenhäuser und der Mittelhäuser sind dagegen die Akten noch keineswegs geschlossen. Die vielen darüber angestellten Berechnungen widersprechen sich zum Teil sehr stark. Die Verhältnisse scheinen auch an verschiedenen Stellen des Reiches verschieden zu sein. Man wird jedenfalls vom hygienischen Standpunkte die Stellungnahme der Regierung nur begrüßen können und ihr auch darin recht geben müssen, daß für den Flachbau sehr wichtige soziale und ethische Gründe sprechen, und daß es vielfach leichter sein wird, den einzelnen Wohnungsuchenden zur Hergabe der kleineren Summe für ein Einfamilienhaus zu bewegen, als die bedeutenden und zurzeit unverzinslichen Summen zum Bau von Großmietshäusern aufzubringen. Die Erwartungen auf wirtschaftlichen Nutzen aus dem den einzelnen Häusern beigegebenen Gartenland, besonders auch auf eine Verbesserung der Volksernährung dürfen dagegen nicht zu hoch gesetzt werden. Daß die Aufteilung des Baugeländes und die Straßenführung den wirtschaftlichen Gesichtspunkten Rechnung tragen muß, daß bei Planung neuer Siedlungen das Gelände an den reichlich vorhandenen fertigen Straßen berücksichtigt werden soll, und daß in großen Städten mit Industrie mehrgeschossige Häuser mit Kleinwohnungen nicht entbehrt werden können, ist auch von der Regierung anerkannt, und sie hat in Erlassen wiederholt darauf hingewiesen.

Der Bau der vielfach geplanten Hoch- oder Turmhäuser, die durch Aufnahme von Bureaus und Geschäftsräumen der Wohnungsnot abhelfen sollen, ist bisher noch nicht zur Ausführung gekommen. Dagegen sind vielfach auf bestehende viergeschossige Häuser ein fünftes bis siebentes Geschoß aufgesetzt worden. Soweit diese zur Aufnahme von Wohnungen dienen sollen, muß das als hygienisch wenig wünschenswert angesehen werden.

Nach „Wirtschaft und Statistik" war der Reinzugang an Wohngebäuden und Wohnungen in den nachstehend aufgeführten Städten folgender:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Städte	1920 Wohngebäude	1920 Wohnungen	1921 Wohngebäude	1921 Wohnungen
Augsburg	47	256	83	341
Berlin	4	320	25	377
Berlin-Schöneberg	129	338	110	198
Berlin-Wilmersdorf	27	91	7	43
Bremen	310	730	304	1205
Breslau	158	1196	205	950
Crefeld	31	60	144	196
Dortmund	77	294	681	1158
Dresden	121	807	91	944
Duisburg	182	392	409	536
Düsseldorf	91	345	258	615
Essen	196	505	933	1404
Frankfurt a. M.	256	1171	359	864
Gelsenkirchen	103	463	173	469
Hamburg	286	1416	531	2187
Karlsruhe	174	339	243	399
Kiel	24	181	68	272
Köln	530	978	1422	2667
Königsberg	80	288	145	386
München	217	1469	191	748

Die Maßnahmen zur Finanzierung der Neubautätigkeit sind, insofern sie den rentierlichen Teil der Baukosten betreffen, dadurch erweitert worden, daß die Vorschriften der Kapitalabfindungsgesetze und des Reichsversicherungsgesetzes vom 12. Mai 1920, die eine teilweise Abfindung der Rente durch Kapital vorsehen, soweit dieses zum Erwerb einer Heimstätte dient, vereinfacht sind. Da es bei den heutigen Bauverhältnissen oft schwierig ist, die Bedingung zu erfüllen, auf dem erworbenen Grundstück alsbald ein Haus zu errichten, kann neuerdings hiervon abgesehen werden, wenn nach Lage der Dinge Gewähr dafür besteht, daß der Antragsteller auf der zu erwerbenden Scholle seßhaft bleibt. (Ziffer 12 der Ausführungsbestimmungen vom 13. Dezember 1920, Reichsgesetzblatt S. 2146.) — Das Gesetz über die Versorgung der Angehörigen des Reichsheeres und der Marine vom 4. August 1921 gestattet es, Offizieren und Unteroffizieren, die den Nachweis für ihre Eignung zur ländlichen Ansiedlung erbracht haben, eine Reichsbürgschaft bis zum doppelten Betrage der aus eigenen Mitteln für die Ansiedlung bereitgestellten Summe zu gewähren. — Nachdem bereits 1919 der Reichskommissar für das Wohnungswesen mit verschiedenen Hypothekenbanken eine Vereinbarung getroffen hatte, wonach diese einen Betrag von 50 Millionen Mark gegen eine Verzinsung von 4½ Proz. und eine Tilgung von ½ Proz. der Förderung des Kleinwohnungsbaues zur Verfügung stellten, sind im Dezember 1921 ähnliche Vereinbarungen zugunsten der östlichen Gebiete des Reiches getroffen worden, durch die 100 Millionen Mark diesem Zwecke zugeführt wurden.

Von größerer Bedeutung für die Allgemeinheit sind die Maßnahmen zur Aufbringung der unrentierlichen Baukosten. Hier ist insofern eine Änderung vor sich gegangen, als die Baukostenzuschüsse, die bisher für den Quadratmeter Wohnfläche beim ein- und zweigeschossigen Wohnhause in ländlichen Gemeinden 165 M., in den übrigen Gemeinden 180 M. und beim mehrgeschossigen Mehrfamilienhaus 150 bzw. 165 M. betragen, laut Bekanntmachung vom 25. August 1920 in besonders begründeten Fällen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis auf das Doppelte erhöht werden können[1]). Durch Gesetz vom 26. März 1921 (Reichsgesetzblatt S. 375) wurden 277,1 Millionen Mark zur Vollendung begonnener Bauten bereitgestellt, da die gewährten Beihilfen in vielen Fällen nicht ausgereicht hatten, die begonnenen Bauten fertigzustellen und die betreffenden Bauherren dadurch in starke Bedrängnis geraten waren.

Da es sich bald herausstellte, daß die Verteuerung der Baukosten nicht als eine vorübergehende Erscheinung anzusehen sei, bestrebte sich die Reichsregierung, für die Beihilfen zur Förderung des Wohnungsbaues eine besondere Deckung zu finden. Zur Finanzierung der Bautätigkeit für 1921 wurde zunächst das sogenannte Wohnungsnotgesetz vom 12. Februar 1921 erlassen, da eine endgültige gesetzliche Regelung zunächst nicht zu erreichen war. Hierdurch wurden die Länder verpflichtet, zur Förderung des Wohnungsbaues in den Rechnungsjahren 1921 und 1922 zusammen mindestens 30 M. auf den Kopf der Bevölkerung aufzuwenden. Zur Deckung wurde eine Abgabe von den bebauten Grundstücken in Aussicht gestellt. Das Reich hat dann als Vorschüsse für das Baujahr 1921 den Ländern 1 500 000 000 M. bereitgestellt. Eingehender geregelt ist die Abgabe zur Förderung des Wohnungsbaues durch Gesetz vom 26. Juni 1921. Der Grundgedanke des Gesetzes ist zuerst von Dr.-Ing. Martin Wagner im Jahre 1916 vertreten worden. Es soll zur Finanzierung der Neubauten der Unterschied zwischen den Mieten in alten und neuen Gebäuden nutzbar gemacht werden. Das Gesetz sieht die Erhebung einer „Mietssteuer" von dem unmittelbar Nutzungsberechtigten vor. Die Steuer wird in allen vor dem 1. Juli 1918 errichteten Gebäuden nach dem Nutzungswert vom 1. Juli 1914 bemessen. Die Abgabe trifft alle Arten von Gebäuden, auch Läden, Geschäftsräume, Werkstätten, Fabriken und landwirtschaftliche Nutzgebäude. Nur einzelne öffentliche und gemeinnützige Gebäude sind davon befreit. Die von den Ländern zu erhebende Abgabe beträgt 5 Proz. des Nutzungswertes. Dazu haben die Gemeinden ebenfalls 5 Proz. des Nutzungswertes zu erheben; jedoch kann die Erhebung von Zuschlägen für einzelne Gemeinden durch die oberste Landesbehörde außer Kraft gesetzt, aber auch erhöht werden. Von dem Rohertrag der Steuer haben die Länder und Gemeinden 10 Proz. an einen vom Reichsarbeitsminister verwalteten Ausgleichsfonds des Reiches abzuführen. Die Verwendung dieses Fonds geschieht nach Benehmen mit einem aus Vertretern der Länder und Gemeinden bestehenden Ausschuß. Nach Anordnung der obersten Landesbehörde kann von bebauten Grundstücken, deren Gebäude vor dem 1. Juli 1918 fertiggestellt sind, eine besondere Grundsteuer oder ein besonderer Zuschlag zu bestehenden oder neu einzuführenden Steuern vom Grundvermögen erhoben werden. Diese muß annähernd denselben Ertrag liefern wie die Mietssteuer. Der Grundeigentümer ist berechtigt, vom Mieter die Erstattung der Abgaben zu verlangen. Den Anteil, der auf die vom Eigentümer selber benutzten Räume fällt, muß er auch selber tragen. Bei wirtschaftlich wenig leistungsfähigen Mietern kann die Steuer zurückerstattet

[1]) Inzwischen ist durch Bekanntmachung der Reichsregierung vom 18. Mai 1922 dies Landesdarlehen auf das Fünffache erhöht worden. Daneben kann das Gemeindedarlehen, das bisher ein Drittel des Landesdarlehens betrug, auf gleiche Höhe wie das Landesdarlehen und weiter erhöht worden. Dies ist jedoch nicht ohne weiteres auf schon mit Bescheid versehene Bauten anzuwenden, da bei begonnenen Bauten infolge der bereits vorhandenen billigeren Baustoffe mit geringeren Mitteln auszukommen ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden, wenn der Mieter über 60 Jahre alt oder erwerbsunfähig ist und das steuerbare Einkommen sich hauptsächlich aus Kapitaleinkommen, Pension, Renten usw. zusammensetzt und in dem der Veranlagung vorauf-gehenden Jahre 10 000 M. nicht übersteigt.

Durch Gesetz vom 6. März 1922 ist das vorstehende Gesetz in ein-zelnen Punkten abgeändert worden. Danach sind die Einkünfte aus den Abgaben insbesondere zur Deckung der Ausgaben für Wohnungsbauten bestimmt, welche nach dem 1. Oktober 1920 begonnen worden sind. Statt 5 Proz. sind von den Ländern und Gemeinden je 25 Proz. des Nutzungs-wertes zu erheben, während nur 5 Proz. des Steuerertrages an das Reich abzuführen sind. Dagegen kann die Rückzahlung der Steuer an wirt-schaftlich schwache Mieter bis zu einem Einkommen von 20 000 M. erfolgen, und zwar auch dann, wenn die Erhebung der Abgabe wegen Krankheit oder Erwerbslosigkeit des Abgabeschuldners oder aus sonstigen Gründen eine besondere Härte bedeuten würde. Die Gemeinden sind ferner er-mächtigt, eine „Wohnungsluxussteuer" zu erheben.

Die Einnahmen aus obiger Mietssteuer werden nach den Begründungen des preußischen Gesetzes zur Förderung des Wohnungsbaues vom 25. April 1922, das zur Gewährung von Beihilfen zur Abbürdung der Baukosten-überteuerung einen Kredit von 1 500 000 000 M. vorsieht, in Preußen für das Rechnungsjahr 1922 auf 663,6 Millionen Mark veranschlagt. Davon sollen etwa 500 Millionen Mark den Zwecken des Wohnungsbaues un-mittelbar zugeführt werden, während der Rest zur Verzinsung und Tilgung eines von den Trägern der sozialen Versicherung zur Verfügung gestellten Kredits in Höhe von 1000 Millionen Mark verwendet werden soll.

Wohnungsbauten können auch aus Mitteln der produktiven Er-werbslosenfürsorge unterstützt werden, allerdings nur, wenn nicht bereits allgemeine Baukostenbeihilfen aus Reichs- oder Landesmitteln gegeben sind. Besonders sollen mit diesen Mitteln solche Bauten gefördert werden, durch deren Ausführung für die Dauer eine vorteilhaftere Verteilung der Arbeits-kräfte herbeigeführt oder neue Arbeitsgelegenheit gegeben wird.

Durch Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 12. Mai 1921 ist der produktiven Erwerbslosenfürsorge ein Fonds von 200 Millionen Mark zum Bau von Landarbeiterwohnungen aus Reichsmitteln zur Verfügung gestellt worden. Aus diesen Mitteln erhalten auch Privatpersonen, z. B. die Gutsbesitzer, Beihilfen. Außerdem werden auch sogenannte Werk-wohnungen unterstützt, ohne daß eine Trennung von Miete und Dienst-vertrag verlangt wird. Die Beihilfen werden auch gewährt, wenn an den Bauten nicht ausschließlich Erwerbslose beschäftigt sind. Unterstützt werden sowohl Neubauten wie Umbauten vorhandener Gebäude, z. B. von Schnitterkasernen in zeitgemäße Familienwohnungen. In erster Linie sollen Bauten unterstützt werden, die zunächst auf eine beschränkte Raumzahl eingestellt sind, später aber erweitert werden können (Kernbauten). Sie sollen örtlich nach Möglichkeit so angelegt werden, daß sie im Bedarfsfall später zu Eigentümerstellen ausgestaltet werden können.

Da die Baukostenbeihilfen aus öffentlichen Mitteln nicht ausreichen, um den gesamten unrentierlichen Teil der Baukosten zu decken, sind schon seit 1920 im Reichshaushalt besondere Mittel vorgesehen, um einen Teil der unrentierlichen Kosten solcher Wohnungen zu übernehmen, die für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beamte, Angestellte und Arbeiter des Reichsverkehrsministeriums, Reichspost- und Finanzministeriums bestimmt sind. Im Jahre 1920 standen hierfür 89 Millionen und im Jahre 1921 625 Millionen Mark zur Verfügung. Durch Nachtrag zum Haushalt des Reichsarbeitsministeriums für 1921 sind auch für die Beamten, Angestellten und Arbeiter anderer Reichsressors 110 Millionen Mark bewilligt worden. Die Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände sind ebenfalls zur Gewährung derartiger „Arbeitgeberzuschüsse" übergegangen. Auch von seiten privater Arbeitgeber sind in den letzten Jahren derartige Beihilfen zur Herstellung von Wohnungen für ihre Angestellten hergegeben worden.

Diese positive geldliche Unterstützung wird ergänzt durch verschiedene steuerliche Erleichterungen für den Kleinhausbau. Durch Gesetz vom 24. März 1921 ist der § 59 des Einkommensteuergesetzes dahin abgeändert, daß vom steuerbaren Einkommen Aufwendungen für die Neubeschaffung von Kleinwohnungen abgezogen werden können, die in den Jahren 1920 bis einschließlich 1923 baulich beendet worden sind, sofern die Verwendung der Bauten zu Kleinwohnungszwecken für mindestens 15 Jahre von der Fertigstellung an gesichert ist. Ebenso können Zuwendungen an Vereinigungen, die satzungsgemäß ausschließlich die Förderung des Kleinwohnungsbaues bezwecken, vom steuerbaren Einkommen abgesetzt werden. Solche Zuwendungen sind auch von der Erbanfall- oder Schenkungssteuer befreit, sofern sie in den Jahren 1920 bis 1923 gemacht sind. Für das Körperschaftssteuergesetz sind ähnliche Erleichterungen vorgesehen.

Was den Mieterschutz anbetrifft, so ist zunächst die Geltungsdauer des Gesetzes betreffend Maßnahmen gegen Wohnungsmangel vom 11. Mai 1920, über das in der vorigen Chronik ausführlich berichtet ist, durch Gesetz vom 11. Juli 1921 bis zum 31. März 1922 verlängert worden. Auch die Verordnung über Sammelheizungs- und Warmwasserversorgungsanlagen, nach der besondere Schiedsstellen entscheiden, in welchem Umfange diese Einrichtungen im Betrieb zu halten sind, und die auch die Entschädigungen hierfür festsetzen können, ist bis zum 31. März 1922 verlängert worden.

Ende 1920 erließen fast alle Länder Anordnungen für das ganze Landesgebiet, welche die Erfassung und Ausnutzung des vorhandenen Wohnraumes auf Grund des Wohnungsmangelgesetzes regelten. Bei Zuweisung einer Wohnung sind geflüchtete und vertriebene Deutsche vorzugsweise zu berücksichtigen, regelmäßig ist auch eine besondere Berücksichtigung der zurückkehrenden Kriegs- und Zivilgefangenen vorgesehen worden, ebenso sind Kriegsblinde und Schwerkriegsbeschädigte vorzugsweise zu berücksichtigen.

In zwei wichtigen Punkten ist das den Gemeindebehörden verliehene Recht der Beschlagnahme von Wohnräumen wieder eingeschränkt worden. Es dürfen Werkwohnungen nur noch zur Unterbringung von Angestellten und Arbeitern des betreffenden Unternehmens von den Gemeindebehörden in Anspruch genommen werden. Ebenso sollen Neubauten nicht mehr der Beschlagnahme unterliegen, da hierdurch der Anreiz zu ihrer Errichtung ungünstig beeinflußt wurde.

Vielfach hat es sich als sehr schwierig und teuer erwiesen, die Teilung übergroßer Wohnungen in mehrere selbständige unter Einbau notwendiger Räume vorzunehmen. Daher sind verschiedene Gemeinden dazu über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegangen, von der Beschlagnahme derartiger Räume und der Zwangseinquartierung dann Abstand zu nehmen, wenn der Verfügungsberechtigte einen Geldbetrag zahlte, der ungefähr zur Herstellung einer gleichen Anzahl neuer Wohnräume ausreicht.

Der Mietspreis war in den einzelnen Ländern durch besondere Verordnungen geregelt. In den einzelnen Gemeinden sind die Zuschläge zur Friedensmiete sehr verschieden festgesetzt worden. In Berlin betrugen sie zunächst 20 Proz., Ende 1920 30 Proz., im Jahre 1921 45 Proz. und am 1. Januar 1922 70 Proz. In den Gebieten mit besonders teurer Lebenshaltung, z. B. im Rheinland, sind die Zuschläge schon früher auf 50 Proz., 70 Proz. und mehr bemessen worden.

Neuerdings wird der Mietspreis durch das Reichsmietengesetz vom 24. März 1922, das am 1. Juli 1922 in Kraft getreten ist, geregelt. Hiernach kann der Vermieter wie der Mieter jederzeit dem anderen Vertragsteil gegenüber erklären, daß die Höhe des Mietzinses nach den Vorschriften dieses Gesetzes berechnet werden soll (gesetzliche Miete). Als Grundlage hierfür wird die Grundmiete angesehen, die dadurch gebildet wird, daß von der Friedensmiete der Betrag abgezogen wird, der in ihr für Betriebs- und Instandsetzungskosten sowie für Vergütungen für Brennmaterial von Sammelheizungen und Warmwasserversorgung enthalten war. Dieser Betrag ist von der obersten Landesbehörde in Prozenten der Friedensmiete festzusetzen. Zu der Grundmiete treten Zuschläge für etwaige Steigerung der Zinsen einer in der Vorkriegszeit vorhandenen Belastung des damaligen Grundstückswertes, für Betriebskosten und für laufende Instandsetzungsarbeiten. Zur Schaffung von Mitteln für große Instandsetzungsarbeiten ist von den Mietern ein weiterer Zuschlag in einem Hundertsatze der Grundmiete zu zahlen, der von der obersten Landesbehörde festzusetzen ist. Dieser Zuschlag ist auf ein besonders einzurichtendes Hauskonto einzuzahlen. Über das Hauskonto darf der Vermieter nur mit Zustimmung der Mieter verfügen. — Das Gesetz sieht weiter die Bildung einer Mietervertretung vor. Es soll am 1. Juli 1926 außer Kraft treten. — Das Gesetz soll neben einer angemessenen Entschädigung für den Vermieter die Mittel aufbringen für die vielfach unterbliebenen dringend notwendigen Reparaturen der alten Wohnungen. Zu diesem Zwecke waren schon vorher einzelne Städte dazu übergegangen, dem Hausbesitz besondere Geldmittel zur Verfügung zu stellen, die teils als verlorene Zuschüsse, teils als gering verzinsliche Tilgungsdarlehen gegeben wurden.

Nach amtlichen Mitteilungen ließ sich die von den Ländern eingeführte Wohnungsaufsicht und Wohnungspflege nur noch in verhältnismäßig kleinem Umfange durchführen, da eine Unterbringungsmöglichkeit für die in den beanstandeten Wohnungen befindlichen Familien fehlte.

Eine eingehende Kritik der soeben geschilderten gesetzgeberischen Maßnahmen kann hier nicht gegeben werden. Sie weisen alle Schattenseiten der Zwangswirtschaft auf. Vielfach haben sie die Liebe und das Interesse der Besitzer zu ihrem Eigentum stark vermindert, so daß — zumal bei den hohen Preisen — eine sorgliche Instandhaltung der Häuser litt. Ein Anreiz für das Privatkapital, sich dem Wohnungsbau zuzuwenden, fehlt völlig. Die Tätigkeit der Wohnungsämter hat nicht nur auf seiten der Vermieter zu Klagen geführt. Schiebungen bedenklichster Art sind bis in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die letzte Zeit hinein vorgekommen. Die guten Vorsätze der Wohnungsämter, von denen die letzte Chronik zu melden wußte, sind offenbar zum größten Teil unausgeführt geblieben. Insbesondere hat nie etwas davon verlautet, daß von den in einer Reihe von Ländern bestehenden Polizeiverordnungen Gebrauch gemacht worden ist, nach denen die Gemeindebehörden berechtigt sind, solche Ausländer auszuweisen, denen sie entweder kein Unterkommen verschaffen kann, oder die den Anordnungen zur Regelung der Wohnungswirtschaft zuwidergehandelt haben. Von letzteren sind, wie amtlich zugegeben wird, aber recht viele vorhanden. Besonders handelt es sich dabei um Ausländer aus den östlichen Staaten, deren Anwesenheit auch aus manchen anderen Gründen wenig erwünscht ist.

Ein Abbau der Wohnungszwangswirtschaft wäre daher sehr zu begrüßen. Natürlich kann er nicht plötzlich geschehen, denn Gehälter und Löhne müssen sich dem anpassen. Es sollten aber schon jetzt Vorarbeiten getroffen werden, um auch auf dem Gebiete der Wohnungswirtschaft die Rückführung gesunder Verhältnisse anzubahnen.

In engster Beziehung zur Wohnungsfrage steht die der Spiel- und Sportplätze. Solche Plätze sollen es den sehr zum Schaden der Gesundheit viel zu sehr vom Aufenthalt in freier Luft entwöhnten Großstadtkindern ermöglichen, ohne die Gefahren der Straße die günstigen Wirkungen der bewegten Luft und der Sonne zu genießen. Für Kleinkinderspielplätze genügen kleinere Sandplätze, die in möglichst großer Zahl anzulegen und der Wohndichte entsprechend zu verteilen sind. Ferner sind Spiel- und Sportplätze für die ältere Jugend nötig, die etwas weiter von den Wohnungen entfernt sein können (2 km), und deren Größe man mit 3 qm auf den Kopf der Bevölkerung ansetzt. Für größere Städte ist für Wettkämpfe ein bescheidenes Stadion wünschenswert. Anregungen zur Anlage solcher Plätze sind von den verschiedensten Seiten ausgegangen und haben sich zu dem Entwurf eines Spielplatzgesetzes verdichtet. Es ist sehr zu begrüßen, daß einzelne Städte auch schon tatkräftig in diesem Sinne vorgegangen sind, und einzelne Schmuckplätze so umgestaltet haben, daß sie sowohl den Spielen der Jugend als der Erholung der Älteren dienen können. Mehrfach ist auch bereits die Anlage größerer Sportplätze in die Wege geleitet.

Kleinere Mitteilungen.

Über die Stimmung der Bevölkerung gegenüber der Herbeiführung eines gesetzlichen Alkoholverbotes haben die alkoholgegnerischen Vereine in Bielefeld eine interessante und als Symptom höchst wichtige Abstimmung veranstaltet. Sie ließen im 1. Polizeibezirk der Stadt, der gegen 15000 über 20 Jahre alte Einwohner zählt, Stimmzettel mit der Frage „Sind Sie für die Herbeiführung eines gesetzlichen Alkoholverbotes?“ verteilen und wieder einsammeln. Von 14064 Abstimmenden haben mit „ja“ gestimmt 12626 = 89,78 v. H., mit „nein“ 416 = 2,96 v. H.; der Rest hat sich an der Abstimmung nicht beteiligt. Rund 90 v. H. der befragten Bürger, und zwar Männer und Frauen ziemlich gleichmäßig, haben sich also für ein Alkoholverbot ausgesprochen. Bielefeld ist allerdings ein seit Jahrzehnten von den Alkoholgegnern aufgeklärtes Gebiet, — in Bayern wäre die Abstimmung vermutlich anders ausgefallen. Sie zeigt aber, wie notwendig es ist, z. B. bei der Erteilung neuer Schankkonzessionen die Bürgerschaft tätig mitwirken zu lassen. A.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

JAN 17 1923
Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 10
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

BRAUNSCHWEIG
DRUCK UND VERLAG VON FRIEDR. VIEWEG & SOHN AKT.-GES.
1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des zehnten Heftes.

Seite

Saisonarbeit und Tuberkulose. [Aus dem Laboratorium für Gewerbliche Medizin und -Hygiene des Bayerischen Landesgewerbearztes.] Von Dr. F. Koelsch und Dr. G. Seiffert 325

Zur Morbiditätsstatistik. (Vorbemerkungen zu den Aufsätzen der DDr. J. Lembke, F. Köster und R. Otto.) Von Prof. Dr. Abel in Jena 329

Die Morbidität in den Städten des Kreises Rössel 1918, beurteilt an Hand der Lebensmittelatteste. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Dr. Ilse Lembke 335

Chronik der Gesundheitspflege. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 1921/22. Von Prof. Dr. Sieveking in Hamburg 348

Besprechungen:

Bericht der Verhandlungen des bevölkerungspolitischen Kongreß (sollte heißen Kongresses!) der Stadt Köln vom 17. bis 21. Mai 1921. Herausgegeben vom Gesundheitsfürsorgeamt (warum nicht Gesundheitsamt?) der Stadt Köln. (Weinberg-Stuttgart) 353

Heinrich Viktor Klein. Krankheit, Vererbung und Ehe. (Weinberg-Stuttgart) 354

Jahresbericht 1921 des Vereins „Landaufenthalt für Stadtkinder". (Lehmann-Jena) 354

Karl Greimer. Handbuch des praktischen Desinfektors. Ein Leitfaden für den Unterricht und ein Nachschlagebuch für die Praxis. (Lehmann-Jena) . . . 354

Ickert. Über den Wert der Typhusschutzimpfung, ermessen an dem Typhus in den Regierungsbezirken Stettin und Köslin. (Hage-Jena) 355

W. Beyli. Fragen der Wohnungspolitik. (Korff-Petersen-Berlin) 355

A. Nissle. Richtlinien und Vorschläge für einen Neuaufbau der Kräfte und Leistungen unseres Volkes. (Solbrig-Breslau) 355

G. B. Gruber-Mainz. Über Gesittung, Alkoholismus und Geschlechtsleben. (Solbrig-Breslau) 356

Dietrich u. Lennhoff. Ausgewählte Kur- und Badeorte Österreichs und Bayerns. (Solbrig-Breslau) 356

Caesar. Über die Verbreitung der Trichinose in Deutschland während der Jahre 1910 bis 1913. (Solbrig-Breslau) 356

Korach. Über die Kommunalisierung der Prostituiertenfürsorge in Berlin. (Solbrig-Breslau) 356

Bericht über die Tätigkeit der Wutschutzabteilung am Hygienischen Institut der Universität Breslau vom 1. April 1918 bis 31. März 1920. Von Dr. Loewenhardt und Dr. Lubinski. Übersicht über die in Preußen im Jahre 1919 bekannt gewordenen Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere. (Solbrig-Breslau) 357

Carl Strehl. Die Kriegsblindenfürsorge. (Dresel) 357

Bericht über die zweite Tagung über Psychopathenfürsorge in Köln am 17. und 18. Mai 1921. (Dresel) 357

Dietrich. Das Bäderwesen im besetzten Rheinland. (V. Ludwig) 357

Die Volksernährung. Veröffentl. aus dem Tätigkeitsbereich des Reichsministerums für Ernährung und Landwirtschaft. Heft 1 u. 2. (Abel) 358

Kolle-Hetsch. Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. (Abel) 358

Grober (unter Mitwirkung von Dietrich und zahlreichen Mitarbeitern). Das deutsche Krankenhaus. (Abel) 358

Helm. Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung im Frühjahr 1922. (Abel) . . . 359

Grotjahn und Kriegel. Bibliographischer Jahresbericht über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik über das Jahr 1920. (Abel) 359

Dritter Jahresbericht des Landes-Gesundheitsamtes über das Gesundheitswesen in Sachsen auf die Jahre 1914 bis 1918. (Abel) 359

Blätter für Gesundheitsfürsorge. (Abel) 359

Salomon (Alice) mit S. Wronsky. Leitfaden der Wohlfahrtspflege. (Abel) . 359

R. Wlassak. Grundriß der Alkoholfrage. (Abel) 359

R. Kraus und P. Uhlenhuth. Handbuch der mikrobiologischen Technik. (Abel) 360

M. Loewit und G. Bayer. Infektion und Immunität. (Abel) 360

Ascoli. Grundriß der Serologie. (Abel) 360

Rubner, v. Gruber, Ficker. Handbuch der Hygiene. Bd. 5: Nahrungsmittel. (Abel) 360

Gesundheitswacht. Gemeinverständliche Schriften zur Pflege der Gesundheit und körperlichen Ertüchtigung des deutschen Volkes. (Abel) 360

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege

1922. Heft 10.

[Aus dem Laboratorium für Gewerbliche Medizin und Hygiene des Bayerischen Landesgewerbearztes.]

Saisonarbeit und Tuberkulose.

Von Dr. F. Koelsch und Dr. G. Seiffert.

Nicht selten werden Gewerbebetriebe als gesundheitsgefährlich bezeichnet, ohne daß für diese Behauptungen bestimmte Unterlagen vorhanden sind; hierbei werden Einzelfälle verallgemeinert, und so entstehen falsche Ansichten, die oft auch in die wissenschaftliche Literatur übergehen und schwer wieder auszurotten sind. Geht man ihnen näher nach, so zeigen die wirklichen Verhältnisse oft ein ganz entgegengesetztes Bild. Eine kritische Durchsicht der Literatur über direkte oder indirekte Gesundheitsschädigungen in verschiedenen Berufsgruppen wird vieles Überkommene ausmerzen müssen; gelegentlich wird sie sogar zu Anschauungen kommen, die der bisherigen Überlieferung entgegengesetzt lauten. Voraussetzung ist eben immer, sich hier nicht auf Einzelfälle zu stützen, sondern eine derartige Frage an Hand größeren Materials zu untersuchen. Vor allem erscheint eine derartige Kritik für die Gesundheitsverhältnisse in der Heimarbeit geboten, wo noch viele Fragen sehr unklar sind und einer objektiven genaueren Durchforschung bedürfen.

Solche Erfahrungen konnten die Verfasser neuerdings in einem Heimarbeitszweig, der Strohhutindustrie, machen. Über diese Heimarbeit war vielfach der Glaube verbreitet, daß sie der Verbreitung der Tuberkulose außerordentlich förderlich sei und daß ihre Arbeiter an dieser Krankheit im Verhältnis zu der übrigen Bevölkerung besonders litten. Es erschien daher wertvoll, dieser Frage nachzugehen, um ein richtiges Bild zu gewinnen, wieweit tatsächlich in diesem Gewerbezweige die Tuberkulose verbreitet ist.

Das Zentrum der Allgäuer Strohhutindustrie ist Lindenberg, Bezirksamt Lindau i. B.; in diesem Ort und seiner Umgebung (Weiler, Scheidegg usw.) wird ein sehr großer Teil der Strohhüte für Deutschland wie für den Weltbedarf angefertigt. Diese Industrie soll seit etwa Mitte des 18. Jahrhunderts in der dortigen Gegend eingebürgert sein. Originell ist die Gelegenheit, wie dies geschah. Lindenberg besaß damals eine weitberühmte Pferdezucht, die Tiere fanden weithin, besonders nach dem Süden (Welschtirol, Italien) Absatz; viele Lindenberger waren infolgedessen immer nach dem Süden unterwegs. Dort lernten sie, während sie durch schlechte Witterung von der Rückreise abgehalten wurden, das Strohbandflechten und Strohhutnähen, brachten auch Musterhüte mit heim und führten so die Strohhutherstellung ein. Nachweislich bestand dort bereits im Jahre 1765 eine „Hutkompagnie“

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter Leitung eines Landwirtes. Es waren durchweg Landleute, welche diese Beschäftigung in den langen Wintermonaten betrieben, welche das Stroh selbst bauten, dasselbe zu Borten flochten und letztere zu Hüten zusammennähten; auch den Verkauf besorgten sie selbst im Hausierhandel. Ende des 18. Jahrhunderts trat das „Verlag"system auf; der Vertrieb und Versand erfolgte durch Verleger, auch die geflochtenen Borten wurden in Rollen verkauft. Die erste „Fabrik" entstand im Jahre 1829, weitere folgten 1830 bis 1840; die Besitzer waren sämtlich Landwirte. Es waren dies weniger Fabriken im Sinne der Herstellung, vielmehr „Verlagshäuser", welche die Rohstoffe besorgten und die in der Heimarbeit gefertigten Hüte konfektionierten und vertrieben. Ein gewisser Umschwung erfolgte im Jahre 1870; in diesem Jahre wurde der erste Fabrikbau im heutigen Sinne errichtet; weiterhin wurde erstmals das Chinageflecht eingeführt; auch aus Italien, der Schweiz und dem Schwarzwald, seit 1880 besonders aus Japan wurden die fertigen Bortengeflechte eingeführt. Der Strohanbau und die Strohflechterei verschwand immer mehr (1880 noch 350 Flechtereien, 1900 nurmehr 30).

Nachdem schon seit 1869 die ersten hydraulischen Pressen, 1873 die ersten Nähmaschinen eingeführt waren, vollzog sich die Entwicklung zum modernen Industriebetrieb ziemlich rasch. Ein kleinerer Teil der Strohhüte wird in den Fabriken, der größere in der Heimarbeit genäht; das Formen, Pressen und Garnieren erfolgt in der Hauptsache in den Fabrikbetrieben. Etwa 25 Fabriken mit rund 2500 Fabrikarbeitern beschäftigen sich heute mit der Strohhuterzeugung (meist Herrenhüte, nur zu einem kleinen Teil Kinder- bzw. Damenhüte); die Zahl der Heimarbeiter dürfte wohl 3000 überschreiten. Dazu kommen die Hilfsbetriebe: Färbereien, Hutlederfabriken, Kartonnagenfabriken u. a. m. Im letzten Friedensjahre wurden hier etwa 8 Millionen Stück Strohhüte im damaligen Produktionswert von etwa 12 Millionen Mark hergestellt.

Die Entwicklung dieser Industrie spiegelt sich auch in der Bevölkerungsbewegung wieder. Der am meisten beteiligte Bezirk Weiler zählte beispielsweise im Jahre 1875 15 624 Seelen, 1910 21 909 Seelen, erfuhr also eine Zunahme von 40 Proz. Besonders sinnfällig ist diese Zunahme für Lindenberg; es zählte 1875 1639 Seelen, 1910 4534 Seelen, erfuhr also eine Zunahme von 176 Proz.

Schon äußerlich verraten diese Orte einen gewissen Wohlstand: große, gut gehaltene Häuser, stattliche Kirchen und Schulhäuser, Sauberkeit auf den Straßen und in den Wohnungen. Dazu die hübsche Lage im hügeligen Alpenvorland (Allgäu) bei einer durchschnittlichen Höhenlage von 800 m.

Die Strohhutindustrie ist eine ausgesprochene Saisonarbeit. Die Arbeit beginnt im Oktober und ist Anfang Mai beendet; während der übrigen Monate liegt die Industrie still. Die Arbeitszeit ist in den Fabriken die gesetzliche, zum Teil mit Überstunden. In der Heimarbeit ist die Arbeitszeit meist erheblich länger — nicht selten arbeiten die Frauen in der Hochsaison 10 bis 12 Stunden lang. Die Arbeit ist Akkordarbeit bei verhältnismäßig guter Bezahlung.

An dieser Stelle interessieren vorwiegend die Verhältnisse in der Heimarbeit. Die lange Arbeitszeit an der Nähmaschine erscheint von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vornherein ungünstig. Etwaige gesundheitliche Schäden werden aber durch verschiedene Momente wieder ausgeglichen: die Räume, in denen gearbeitet wird, sind sauber und geräumig; die Ernährung der Bevölkerung ist durchschnittlich gut; die Arbeit ist Wintersaisonarbeit, während des Sommers ergreifen die Arbeiter eine andere Beschäftigung, indem sie als landwirtschaftliche Arbeiter, Sennen und Hirten in der Alpenwirtschaft, als Zimmerleute, Maurer, Waldarbeiter, Beerensammler, Zimmermädchen und Kellnerinnen in nahen Kurorten tätig sind. Sieht man vielleicht von den letzten Berufsarten ab, so ist wohl zu sagen, daß der zweite Beruf der Heimarbeiter als außerordentlich gesund anzusehen ist. Hier hat man also das Beispiel eines Berufswechsels vor sich, der wohl imstande ist, etwaige gesundheitliche Schäden, die durch die Heimarbeit bedingt werden, wieder auszugleichen.

Es war nun von Bedeutung, zu erfahren, wie steht es bei diesen Arbeitern mit der Verbreitung der Tuberkulose. Eine gewisse Gefährdung scheint in dieser Heimindustrie auf den ersten Blick wohl zu bestehen. Sitzende Lebensweise in geschlossenen Räumen, lange Arbeitszeit, die in der Hochsaison zeitweise auch die Ernährung ungünstig beeinflussen mag, können schädlich auf die Gesundheit und fördernd auf Ansteckung und Verlauf der Tuberkulose einwirken. Dem steht gegenüber, daß die Arbeit in durchweg einwandfreien hygienischen Räumen gemacht wird, daß sie einen guten Verdienst sichert und Saisonarbeit ist. Das Material selbst ist hygienisch einwandfrei, eine Staubgefahr oder Verschmutzung besteht nicht; im Gegenteil werden die Strohborten bzw. der Hut selbst mehrfach gebleicht, heiß geleimt, im Dampf erweicht und gepreßt u. dgl. m. Unter diesen Verhältnissen wird man von vornherein sagen können: die gesundheitlichen Gefahren sind, was Ansteckung und Krankheitsverlauf der Tuberkulose betrifft, wohl wesentlich geringer als in anderen Zweigen der Heimarbeit. Dieser Schluß wird bestätigt durch die ärztlichen Erfahrungen. Hierfür einige Belege: Nach den freundlichen Mitteilungen eines dortigen Arztes standen 1919 in seiner Behandlung 23 Tuberkulöse. Von diesen arbeiteten 10 in der Strohhutindustrie, die übrigen 13 waren anderweitig tätig. Nach den Leichenschauregistern starben in den Jahren 1907 bis 1909 in der Gemeinde insgesamt 27 an Tuberkulose. Hiervon waren 17 sicher nicht in der Strohhutindustrie tätig, bei den übrigen 10 war anzunehmen, daß sie bzw. ihre Familienmitglieder diese als Heimarbeit trieben. Ähnliche Zahlen ergaben sich für die Jahre 1916 bis 1921. Es starben an Tuberkulose 34 Personen; 12 Verstorbene standen in Beziehung zur Strohhutindustrie, die übrigen 22 nicht. Es ergibt sich mithin der unerwartete Befund, daß die Strohhutindustrie wesentlich weniger Tuberkulöse aufweist als die übrige Bevölkerung. Nimmt man die Zahlen von 1907 bis 1909 und 1916 bis 1921 zusammen, so ergibt sich das prozentuale Verhältnis der Tuberkulosesterblichkeit

für Strohutarbeiter . . . . . 36 Proz.
„ Nichtstrohhutarbeiter . . . . . 64 „

Man ist trotz der immerhin kleinen Zahl der verstorbenen Tuberkulösen wohl berechtigt, dieses prozentuale Verhältnis als richtig anzuerkennen, zumal sich ähnliche Verhältnisse auch für die einzelnen Jahre ergeben. Zwar handelt es sich bei den obigen Zahlen um das Prozentverhältnis der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an Tuberkulose Verstorbenen zu den in der Beobachtungszeit überhaupt Verstorbenen, nicht um die übliche Berechnung der Tuberkulosetodesfälle auf die Zahl der Lebenden. Man ist aber trotz dieser abweichenden Berechnungsart — unter Berücksichtigung des Umstandes, daß der größere Teil der Ortsbevölkerung in der Strohhutindustrie tätig ist — und trotz der immerhin kleinen Zahl wohl berechtigt, diese Ergebnisse als zutreffend zu bezeichnen. Die Richtigkeit obiger Annahme wurde auch durch die Mitteilungen. eines anderen Arztes sowie des zuständigen Amtsarztes bestätigt.

Es zeigt also eine genaue Durchforschung der Verhältnisse ein entgegengesetztes Bild, als es von mancher Seite dargestellt wurde. Wohl wandern von auswärts gelegentlich Familien zu, welche aus gesundheitlichen Gründen — vielfach handelt es sich dabei um tuberkulöse Durchseuchung der ganzen Familie — in Schwerberufen nicht mehr recht vorwärts kamen und nun hoffen, in der relativ gut bezahlten und leichten Strohhutindustrie bzw. Heimarbeit besser durchzukommen. Hin und wieder kommen auch minderbemittelte Tuberkulöse in die Gegend, in der Hoffnung, dort im gesunden Höhenklima Heilung zu finden und dabei in der Strohhutindustrie ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Daß hier gelegentlich gehäufte Tuberkulosefälle vorkommen, ist natürlich; dies hat aber mit der bodenständigen Heimarbeit nichts zu tun. Worin liegen nun die Ursachen für diese günstigen Ergebnisse? Die Lebensverhältnisse sind bei der übrigen Bevölkerung nicht sehr abweichend; mögen sie bei den Heimarbeitern dank ihres höheren Verdienstes vielleicht sogar bessere sein, so wird doch dieser Vorteil wieder durch die Heimarbeit selbst zum Teil ausgeglichen. Es muß also noch ein anderer Umstand in Frage kommen, der die günstigen Verhältnisse in bezug auf Tuberkulose bei den Strohhutarbeitern bestimmt. Hier dürfte wohl der Wechsel zu gesundheitlich günstigeren Berufen im Sommer von bestimmender Einwirkung sein. Er ermöglicht es, etwaige Schädigungen des Körpers durch die Winterarbeit auszugleichen, einem infizierten Körper eine größere Widerstandskraft gegen die Erkrankung zu verleihen, oder leichtere Erkrankungen in dem an sich sehr gesunden Höhenklima des Ortes zur Ausheilung zu bringen.

Man wird mit gewissem Recht diese Verhältnisse als ein gutes Beispiel dafür anführen dürfen, daß ein Berufswechsel bzw. ein Wechsel zwischen Arbeit in geschlossenen Räumen und im Freien, wie er für den größten Teil der Strohhutarbeiter zutrifft, gesundheitlich von großer Bedeutung ist. Man darf in den geschilderten Verhältnissen einen praktischen Beweis für die theoretisch mehrfach erhobene Forderung sehen, durch Wechsel im Beruf die Gesundheit des Arbeiters zu heben, und wird diese Erfahrung zum Anlaß nehmen dürfen, um zu prüfen, ob ein Arbeitswechsel nicht weitergehend durchführbar ist. Man wird sich allerdings dabei von vornherein wohl bewußt sein, daß man bei einer weiteren Durchführung auf viele praktische Schwierigkeiten stoßen wird. Fast unmöglich erscheint es für die Jahresindustrie in größeren Fabriken, besonders bei gelernten Arbeitern. Sehr wohl durchführbar ist es dagegen für die Heimindustrie. Ist es möglich, diese, wenn auch nur in einem gewissen Umfange zu einer Saisonindustrie umzugestalten, so erscheint für die Gesundheit der Heimarbeiter viel gewonnen. Gerade bei der Heimarbeit, die sich noch vielfach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf rein- oder halbländliche Gegenden erstreckt, ist es leichter möglich, dem Arbeiter während der toten Zeit eine andere Beschäftigung, vor allem in der Landwirtschaft, zu verschaffen. Vielfach geschieht dies auch schon; Arbeiter, die neben der Heimarbeit Landwirtschaft in kleinem Umfang betreiben, setzen von sich aus die Heimarbeit aus, wenn die Zeit der Landbestellung bzw. der Ernte kommt. Wo derartig günstige Verhältnisse bestehen, wird man sie mit allen Kräften erhalten müssen. Dort, wo die Verhältnisse aber nicht so günstig liegen, wird man, soweit durchführbar, sich bemühen müssen, die Heimarbeit zur Saisonarbeit zu machen. Geht dies auch für größere industrielle Betriebe, so wird man es, soweit möglich, ebenfalls durchzusetzen versuchen. Ermöglicht man hierdurch einen Berufswechsel, insbesondere zu ländlicher Tätigkeit — und mag es nur für wenige Wochen sein —, so wird man zweifelsohne dazu beitragen können, daß gesundheitliche Schädigungen durch die Arbeit, besonders in der Heimarbeit, in einem hohen Grade wieder ausgeglichen werden.

Zur Morbiditätsstatistik.

(Vorbemerkungen zu den Aufsätzen der DDr. I. Lembke, F. Köster und R. Otto.)

Von Prof. Dr. Abel in Jena.

Unser Wissen über die Morbiditätsverhältnisse unter der Gesamtbevölkerung ist bekanntermaßen sehr unvollkommen. Grund dafür ist die Schwierigkeit, ein umfassendes Bild zu gewinnen, in welcher Häufigkeit Erkrankungen überhaupt und Krankheiten bestimmter Art vorkommen, welches Lebensalter, welches Geschlecht vorzugsweise befallen wird usw.

Die allgemeinen Krankheitsverhältnisse der Bevölkerung ließen sich vielleicht am besten beurteilen, wenn man aus den Tagebüchern der praktischen Ärzte über einen längeren Zeitraum die Veranlassungen für ihre berufliche Inanspruchnahme zusammenstellen könnte. Besonders da, wo nur ein Arzt oder einige wenige Ärzte einen bestimmten Bezirk versorgen, würde eine solche Zusammenstellung lehrreich und dabei auch ziemlich zuverlässig sein. Fehlen würden in der Hauptsache nur die leichten Erkrankungen, die eine Zuziehung des Arztes nicht nötig machen, — Schnupfen, Reißen, Durchfall u. dgl. interessieren ja aber auch statistisch nicht. Fehlen würden weiterhin die Fälle, in denen, wie mancherorts üblich, bei alten Leuten und kleinen Kindern, selbst wenn sie schwer erkranken, der Arzt nicht geholt wird. Außerdem diejenigen Fälle, in denen unter Übergehung der ortsangesessenen Ärzte unmittelbar Spezialärzte oder Krankenhäuser außerhalb des Sprengels aufgesucht werden. Das Ausfallen solcher Fälle würde aber wohl das allgemeine Bild nur wenig beeinträchtigen, da sie im ganzen nicht sehr zahlreich sein dürften.

Übersichten der angegebenen Art von seiten praktischer Ärzte über Zahl, Art und Verlauf der von ihnen behandelten Krankheiten fehlen leider im heutigen Schrifttum ganz. Freilich sind sie ja auch nur in einfachen, ländlichen oder kleinstädtischen Verhältnissen statistisch verwertbar. In

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

größeren Orten und gar in Großstädten liegen die Dinge, schon was die Zahl der beteiligten Ärzte angeht, zu verzwickt, als daß sich statistisch brauchbare Zahlenaufstellungen erwarten ließen.

Am genauesten unterrichtet sind wir über das Vorkommen körperlicher oder geistiger Gebrechen, die, wie Blindheit, Taubstummheit, Verkrüppelungen, Idiotie, besondere Maßnahmen zu ihrer Versorgung nötig machen und daher geregelter Fürsorge unterworfen sind. Ähnlich steht es mit den Geisteskranken. Aber im Vergleich zu den sonstigen Krankheitsfällen unter der Bevölkerung machen diese dauernden oder langwierigen Leiden doch nur einen sehr kleinen Teil aus.

Für eine große Zahl gefährlicher Infektionskrankheiten besteht gesetzliche Anzeigepflicht. Mit deren Befolgung hapert es jedoch. Einigermaßen sicher können wir vielleicht darauf rechnen, daß die seltenen Fälle eingeschleppter ausländischer Krankheiten zur Anzeige gelangen — vorausgesetzt, daß die Erkrankungen von den nicht mit ihnen vertrauten Ärzten richtig erkannt werden. Bei den einheimischen Seuchen liegt es anders. Erfahrungsgemäß werden viele leichte Fälle von Diphtherie, Typhus, Ruhr usw. nicht bekannt, teilweise, weil überhaupt kein Arzt bei ihnen zugezogen wird. Aber auch die Ärzte selbst vernachlässigen nicht ganz selten die Anzeigepflicht, da sie sich keinen Nutzen von der Meldung versprechen oder ihren Kranken die aus der Meldung entstehenden Nachteile (Unbequemlichkeiten einer Desinfektion, Kosten für diese usw.) ersparen wollen. Unsere Statistiken über die Häufigkeit der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten sind daher bekanntlich keineswegs vollständig und erschöpfend.

Es kommt hinzu, daß für manche wichtigen Infektionskrankheiten die Einführung einer allgemeinen Anzeigepflicht bisher überhaupt nicht gewagt worden ist; so z. B. für Masern nicht wegen ihrer großen Verbreitung und der Unmöglichkeit, an die Meldung wirksame Bekämpfungsmaßregeln anzuschließen, für Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten nicht aus gewissen, bekannten, daher hier nicht näher zu erörternden Gründen. Hinsichtlich bestimmter Krankheiten, so bei den Geschlechtskrankheiten, bei Tuberkulose (Westpreußen 1896), bei Krebserkrankungen hat man versucht, durch Umfrage unter den Ärzten eine Vorstellung von der Häufigkeit der Erkrankungen zu gewinnen. Was man damit erreicht, sind jedoch nur Augenblicksbilder, die zudem, da nie alle Ärzte ihre ja nicht zu erzwingende Mitwirkung leihen, nur unvollständig sein können.

Die Statistiken der Heilanstalten über die in ihnen behandelten Krankheitsfälle lassen keine Schlüsse auf die allgemeinen Morbiditätsverhältnisse der Bevölkerung zu. In die Krankenhäuser gelangt ja immer nur ein Teil aller vorkommenden Erkrankungsfälle, der abhängig ist von vielerlei Umständen, wie z. B. Neigung der Bevölkerung zur Krankenhausbehandlung überhaupt, Vertrauen zum leitenden Krankenhausarzt, Anordnungen der Krankenkassen bezüglich der Krankenhausbehandlung u. a. m. Ein Mehr oder Weniger, eine Zu- oder Abnahme an gewissen Krankheiten in der Heilanstaltsstatistik ist danach durchaus nicht immer als Beweis für eine entsprechende Verschiedenheit ihrer Häufigkeit innerhalb der zugehörigen Bevölkerung zu erachten.

Die Krankenkassenstatistiken über die Krankheitsbewegung unter den Versicherten betreffen nur den Kreis dieser Versicherten, der, wenn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er auch ständig größer wird und bei Bestehen einer Familienversicherung sogar ganz erhebliche Bruchteile der Gesamtbevölkerung umfaßt, doch die Lage der Dinge im Volksganzen nicht verläßlich widerspiegeln kann. So wertvoll die statistischen Zusammenstellungen über die Erkrankungen der Versicherten für die Beurteilung der gesundheitsschädlichen Wirkungen der einzelnen Berufe sein können, so wenig sind sie es in allgemeinen Gesundheitsfragen. Selbst eine methodisch glänzend durchgeführte Statistik, wie die im Statistischen Reichsamt bearbeitete der Leipziger Ortskrankenkasse für die Jahre 1887 bis 1905, bedarf kritischer Betrachtung, wenn man aus ihr allgemeine Schlüsse ableiten will. Es ist aus ihr beispielsweise nicht einmal eine Beantwortung der an sich doch so einfach erscheinenden Frage, in welchem Maße Alkoholiker mehr als andere Personen durch Krankheiten bedroht sind, mit voller Sicherheit zu entnehmen.

Die Aushebungsstatistik und die Sanitätsstatistiken der Armee und der Marine beziehen sich nur auf eine bestimmte Altersklasse des männlichen Geschlechts, lassen also auch nur für diese Schlüsse auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die besonderen Gesundheitsstörungen zu.

Für das schulpflichtige Alter konnte man hoffen mit Hilfe der sich immer mehr ausbreitenden und vertiefenden Einrichtung des schulärztlichen Dienstes allgemein brauchbare Krankheitsstatistiken zu erhalten. Aber leider hat die Erfahrung gezeigt, daß die schulärztlichen Statistiken — die sich übrigens auch vielmehr auf die Feststellung des Gesundheitszustandes bei der Untersuchung, als auf ein Verzeichnen der Häufigkeit von Krankheiten im schulpflichtigen Alter überhaupt beziehen — unter sich in ihren Zahlen sehr ungleich sind; und zwar nicht so sehr infolge tatsächlicher Verschiedenheiten im Gesundheitszustande der Kinder, als vielmehr wegen des unterschiedlichen, subjektiven Maßstabes, der von den einzelnen Ärzten angelegt wird. Alle Versuche, zu einer objektiveren und daher einheitlicheren Bewertung zu gelangen, sind bisher fehlgeschlagen. Die Unverwertbarkeit von Schulstatistiken läßt sich drastisch z. B. an einer Erhebung veranschaulichen, die das Rote Kreuz am 1. November 1921 in 41 Großstädten veranstaltet hat und über deren Ergebnisse es in einem Berichte vom 15. Februar 1922 Nachricht gibt. Es heißt dort: „Die Angaben über die Zahl der tuberkulosekranken Schulkinder schwanken zwischen 0,47 Proz. (Mülheim) und 21,59 Proz. (Karlsruhe), die über lungentuberkulöse zwischen 0,05 Proz. (Aachen) und 2,6 Proz. (Erfurt), die über lungentuberkuloseverdächtige zwischen 0,18 Proz. (Mülheim) und 3,70 Proz. (Dortmund)“ usw. Natürlich wird niemand glauben können, daß die angegebenen riesigen Unterschiede in Wirklichkeit vorhanden sind. Sie sind nur das Ergebnis der verschiedenen Untersuchungs- und Beurteilungsweise an den einzelnen Orten; tatsächlich vielleicht vorhandene Unterschiede werden dabei ganz verwischt.

Wer mit den im Vorstehenden nur ganz kurz angedeuteten Mängeln der Morbiditätsstatistiken vertraut war, dem mußte sich in den Kriegsjahren die Frage aufdrängen, ob nicht durch Verwertung der ärztlichen Lebensmittelatteste eine Bereicherung unserer Kenntnisse über die Häufigkeit wichtiger Krankheiten zu erzielen sein möchte. Die Lebensmittelatteste waren bekanntlich ärztlicherseits ausgestellte Bescheinigungen, auf Grund deren ihren Inhabern aus Krankheitsgründen von den Lebensmittelämtern (oder den Ämtern für Krankenernährung oder wie sie sonst genannt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden) besondere Lebensmittelbezüge über das rationierte allgemeine Kostmaß hinaus zugebilligt werden konnten.

Die Ernährungsverhältnisse waren während der letzten Kriegsjahre in den Städten durchweg derartig schlecht, daß die rationierte Kost nur etwa die Hälfte des Nahrungsbedarfs deckte und von der Bevölkerung alle gangbaren Wege eingeschlagen werden mußten, um das Fehlende aus dem Schleichhandel oder sonstwie „hinten herum" zu beschaffen. Danach kann erwartet werden, daß jeder, der nur irgendwie hoffen konnte, aus Krankheitsgründen einen Zuschuß zur allgemeinen Kostration zu erhalten, auch Versuche in dieser Richtung gemacht haben wird; oder mit anderen Worten, es ist aller Grund zu der Annahme vorhanden, daß alle schwereren Krankheitszustände unter der städtischen Bevölkerung in Form von ärztlichen Anträgen auf Nahrungsmittelzulagen ihren Ausdruck gefunden haben. Eine statistische Verarbeitung der gesamten Lebensmittelatteste muß also über die Krankheitshäufigkeit am Orte eine sozusagen erschöpfende Übersicht ergeben. Für das bis zum Kriegsende gut oder doch mindestens ausreichend mit Nahrungsmitteln versorgte platte Land kommen Lebensmittelatteste nur ausnahmsweise in Frage, also entfällt hier auch im allgemeinen die Möglichkeit einer entsprechenden Krankheitsstatistik.

Nun kann man allerdings zweifelhaft sein, ob die Lebensmittelatteste wirklich allerwege zuverlässige Unterlagen für eine Statistik über die Häufigkeit bestimmter Krankheiten während der Kriegszeit abzugeben vermögen. Es ist wohl mit Sicherheit vorauszusetzen, daß von den Ärzten in mehr oder weniger großem Umfange Atteste dieser Art ohne zwingende Notwendigkeit, sozusagen aus Gefälligkeit gegen ihre Patienten abgegeben worden sind. Die Zahl solcher Atteste wird naturgemäß an den Orten geringer sein, wo eine gründliche behördliche Nachprüfung ihres Inhaltes erfolgte, so daß also Kenntnis über die Art und Weise, wie örtlich die Nahrungsmittelatteste behandelt wurden, für die Beurteilung ihrer Zuverlässigkeit von Belang ist. Wo die Dinge gut geregelt waren, begnügte man sich in den behördlichen Verteilungsstellen nicht mit allgemein gehaltenen Angaben der Ärzte über Ergänzungsbedürftigkeit der Kost aus gesundheitlichen Gründen, sondern verlangte, meist nach vorgedruckten Fragen, genaue Angaben über die Art des Krankheitszustandes und ließ die Atteste auch noch durch Vertrauensärzte inhaltlich nachprüfen. Weiterhin darf man als sicher annehmen, daß Gefälligkeitsatteste in der Regel nur allgemeine gesundheitliche Gründe als Anlaß für den Antrag auf Nahrungszuschüsse bezeichnet haben werden, also z. B. Blutarmut, körperliche Schwäche u. dgl. Wo bestimmte Krankheiten in den Attesten angegeben sind, ist eine Vorspiegelung solcher wohl kaum zu besorgen, namentlich nicht in kleineren Städten, in denen der einzelne Mensch und sein etwaiges Leiden viel eher bekannt ist und falsche Angaben leichter aufgedeckt werden können. Je genauer die Diagnose lautet — und auf genaue Diagnosen wurde, wie schon gesagt, allmählich immer mehr Wert gelegt —, um so mehr wird sie auch als verläßlich gelten dürfen. Höchstens könnte dann die Schwere des Leidens vom Attestaussteller noch übertrieben worden sein.

Besonders wichtig erscheint die Frage, inwieweit die Lebensmittelatteste für die Beurteilung der Tuberkulosehäufigkeit unter der Bevölkerung herangezogen werden können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist bekannt, daß unsere Anschauungen über die Zahl der Tuberkulosekranken, weil die Krankheit ja nicht meldepflichtig ist, rein auf Schätzungen beruhen. In der Regel geht man von der Erfahrung aus, daß eine klinisch deutlich gewordene Tuberkuloseerkrankung durchschnittlich nach 5 Jahren zum Tode führt, und berechnet daher die Ziffer der lebenden, manifest Tuberkulösen durch Multiplikation der Zahl der während eines Kalenderjahres an Tuberkulose Gestorbenen mit fünf. Aber auch andere Schätzungen kommen vor. So setzt eine Botschaft des Schweizer Bundesrats vom 12. Dezember 1921 die Zahl der Tuberkulosekranken auf das Zehnfache der jährlichen Tuberkulosetodesfälle an[1]). Die Zahl der an offener Tuberkulose Leidenden wird in der Regel mit dem Doppelten bis Zweieinhalbfachen der jährlichen Sterbeziffer an Lungentuberkulose berechnet, gemäß den Erfahrungen der Lungenfürsorgestellen und der Statistik von Christiania, wo seit 1900 Anzeigepflicht für offene Tuberkulose besteht[2]).

Wenn nun in den Lebensmittelattesten die Diagnose Tuberkulose angegeben ist, so wird sie im wesentlichen als richtig erachtet werden können. Noch immer gilt ja in weiten Kreisen der Bevölkerung es merkwürdigerweise als etwas Beschämendes und Herabsetzendes, an Tuberkulose erkrankt zu sein. Selbst unter den Ernährungsnöten des Krieges würden es die ärztlich Begutachteten schwerlich gelitten haben, als tuberkulosekrank bezeichnet zu werden, falls nicht wirklich eine Tuberkuloseinfektion vorgelegen hätte. Auch die besonders großen Nahrungsmittelzulagen, die zufolge einer Anordnung des Kriegsernährungsamtes vom 9. November 1917 an Tuberkulöse verabfolgt werden durften, haben diese Scheu wohl kaum aus dem Wege räumen können. Es kam hinzu, daß an Orten mit umsichtig geleiteten Tuberkulosefürsorgestellen diese aus den Nahrungsmittelattesten sich die Fälle von Tuberkulose heraussuchten und sich ihrer pflegerisch annahmen[3]). Eine falsche, auf Tuberkulose lautende Diagnose mußte dadurch bald aufgeklärt werden und hatte dann den Verlust der erschlichenen Verbesserung der Ration zur Folge. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind also die auf Tuberkulose lautenden Lebensmittelatteste nicht zahlreicher als die wirklich vorhandenen Tuberkulosefälle. Eher wird Grund zu der Vermutung bestehen, daß eine Reihe tatsächlicher Tuberkulosefälle unter anderen Bezeichnungen (z. B. Bronchitis) in den Lebensmittelattesten läuft, wie denn auch unter der Diagnose Anämie u. dgl. sich noch manche beginnenden, ärztlich noch nicht erkannten Tuberkuloseerkrankungen verstecken mögen. Jedenfalls haben wir in den Lebensmittelattesten zum ersten und einzigen Male in Deutschland ärztliche Meldungen über das Vorkommen der Tuberkulose unter der gesamten städtischen Bevölkerung in Händen.

Nach dem Dargelegten ist es nicht aussichtslos, an Hand der Nahrungsmittelatteste über das Auftreten der Krankheiten während der Kriegszeit im allgemeinen und über die Verbreitung der Tuberkulose im besonderen sich einen Überblick zu schaffen. Versuche nach dieser Richtung scheinen

[1]) Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes 1922, S. 112. — Ähnlich Altstädt, Tuberkulosefürsorgeblatt 1920, S. 73, der das Verhältnis auf 1 : 10 bis höchstens 1 : 7 schätzt.

[2]) Vgl. z. B. Möllers, Deutsche med. Wochenschrift 1921, S. 2 und Bräuning, Tuberkulosefürsorgeblatt 1922, S. 4.

[3]) Siehe z. B. den Bericht des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose über den Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1920, I, S. 22.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bisher nur wenig gemacht oder wenigstens veröffentlicht worden zu sein. Außer einer Arbeit von Selter[1]), der nach den Lebensmittelattesten die Zahl der Tuberkulösen zu Königsberg i. Pr. im Jahre 1919 zusammengestellt und dabei ein Verhältnis der Kranken zu den Gestorbenen von etwa 6:1 gefunden hat, sind mir im Schrifttum nur hier und da kurze Bemerkungen aufgestoßen, in denen keine näheren Zahlenangaben enthalten sind. Vielleicht hat man die Lebensmittelatteste doch — wie ich glaube, zu Unrecht — für statistisch zu wenig verwertbar angesehen, vielleicht sich daran gestoßen, daß man aus ihnen nur die Krankheitshäufigkeit im Kriege, die von derjenigen in Friedenszeiten natürlich in gewissen Richtungen abweichen muß, entnehmen kann. Es ist ohne Frage so, daß bestimmte Krankheiten, wie z. B. Erkrankungen der Verdauungsorgane, im Kriege zugenommen, andere, wie z. B. Gicht und Diabetes, sich vermindert haben. Das wird durch vielfache Beobachtungen belegt. Dann läßt sich aber doch immer noch mindestens für die besonderen Verhältnisse der Kriegsjahre die Krankheitshäufigkeit aus den Lebensmittelattesten ableiten, und man erhält Zahlenwerte, die mit etwa später einmal in Friedenszeiten gewonnenen in Vergleich gesetzt werden können. Auch die Tuberkulose ist bekanntlich in den Kriegsjahren viel häufiger geworden. Bei dem sehr langsamen Verlauf der Tuberkulose sind die für die damalige Zeit aus den Lebensmittelattesten zu errechnenden Zahlen aber auch heute noch wichtig, weil eben ein großer Teil der damals Erkrankten heute noch lebt und, weil, von den Krankheitszahlen des Krieges und den Tuberkulosesterbeziffern der Kriegs- und Nachkriegszeit ausgehend, man Schlüsse auf die derzeitige Verbreitung von Tuberkuloseerkrankungen ziehen kann.

Im vorliegenden Heft und in den folgenden Heften dieser Zeitschrift sollen Versuche zur statistischen Verwertung von Lebensmittelattesten, zu denen ich einige meiner Schüler veranlaßt habe, veröffentlicht werden. Ständiger Raummangel in der Zeitschrift hat den Abdruck der schon seit längerer Zeit fertig vorliegenden Abhandlungen hinausgezögert.

Die Arbeit von Frl. Dr. Lembke bezieht sich auf vier Kleinstädte eines ostpreußischen Kreises und das Jahr 1918. Es sind für die Statistik sämtliche Lebensmittelatteste benutzt worden. Alle wichtigeren Erkrankungen sind berücksichtigt und zu den Todesfallziffern in Beziehung gesetzt worden. Die einfachen und leicht übersehbaren Verhältnisse ließen gewisse vorsichtige Schlüsse zu. Nicht unwichtig erscheinen besonders die Aufschlüsse über die Tuberkulosehäufigkeit, aus denen eine über Erwarten hohe Erkrankungsziffer in einer Landschaft, die sonst als verhältnismäßig tuberkulosearm gilt, sich erkennen läßt.

Die von Dr. Köster aufgestellte Statistik behandelt die Tuberkuloseerkrankungen in der Großstadt Münster während der Jahre 1918/19 und gibt zugleich ein Bild der damaligen Ernährungsverhältnisse in Münster.

Dr. Otto hat die Lebensmittelatteste der rund 13000 bis 15000 Einwohner zählenden Mittelstadt Detmold für die Jahre 1916 bis 1919 zu verwerten gesucht und, neben anderen wichtigen Krankheiten, besonders die Tuberkulose berücksichtigt. Örtliche Verhältnisse erlaubten hier eine Berechnung der Krankheitsverteilung auf die einzelnen Stände der Be-

[1]) Selter, Deutsche med. Wochenschrift 1921, S. 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

völkerung, während andererseits die Unmöglichkeit, auf irgend eine Weise Angaben über die Sterblichkeitsverhältnisse in Detmold zu erlangen, die Arbeit erschwerte.

Kräfte und Mittel reichten nicht aus, um unsere Untersuchungen weiter als geschehen auszudehnen. Wir sind uns vollauf bewußt, sozusagen nur Stichproben geliefert zu haben, aus denen allgemeinere Schlüsse zu ziehen ganz abwegig wäre. Unseres Erachtens wäre es aber keine undankbare Aufgabe z. B. für städtische statistische Ämter, in größerem Maßstabe die wohl zumeist noch aus den Kriegsjahren aufbewahrten Lebensmittelatteste statistisch aufzubereiten und auszuwerten.

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.]

Die Morbidität in den Städten des Kreises Rössel 1918, beurteilt an Hand der Lebensmittelatteste.

Von Dr. Ilse Lembke.

Durch die Lebensmittelatteste, die im Kriege von Ärzten für Kranke ausgegeben worden sind, ist es möglich geworden, das wichtige Krankenmaterial des praktischen Arztes für Zwecke einer Morbiditätsstatistik zu erfassen und zu verwerten. Vor dieser Zeit ist das Material für eine Statistik verloren gegangen, und man ist zur Erzielung irgendwelcher wissenschaftlichen Resultate auf das Material von Krankenkassen und Krankenhäusern angewiesen gewesen. Die Krankenkassenstatistiken leiden unter dem Mangel, daß sie nur eine bestimmte Menschenklasse umfassen, ebenso stellen die Statistiken aus Krankenhäusern immer nur die Erkrankungen von einem Teil der Bevölkerung dar. So ist es zu begrüßen, daß in den Lebensmittelattesten ein wissenschaftlich wichtiges Material festgelegt worden ist, dessen Wert nicht von den vorher geschilderten Einseitigkeiten beeinträchtigt wird.

Der folgenden Zusammenstellung haben die Lebensmittelatteste der vier Städte Bischofsburg, Rössel, Bischofstein und Seeburg aus dem Jahre 1918 als Grundlage gedient.

Der Kreis Rössel liegt im Regierungsbezirk Allenstein und gehört als ein Teil der Provinz Ostpreußen zur norddeutschen Tiefebene. Es ist flachwelliges, kleinhügeliges Land mit viel Seen und Waldungen. Das Klima ist ausgesprochen kontinental. Der Kreis zählt zu dem regenärmsten Teil der Provinz Ostpreußen.

Der Kreis Rössel bildet zusammen mit den drei Kreisen Braunsberg, Heilsberg, Allenstein das Ermland, die alte Landschaft der Ordensritter. Durch die Zeit der polnischen Herrschaft über das Land von 1446 bis 1772 ist noch heute der überwiegende Teil der Bevölkerung katholisch. Von den im Jahre 1910 50 472 zählenden Einwohnern des Kreises Rössel sind 5005 evangelisch und 45 251 katholisch. Sonst hat sich die Zeit der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

polnischen Herrschaft dem Lande wenig aufgeprägt. Seine kulturellen Werte verdankt das Land der Zeit der Ordensritter und der preußischen Oberhoheit. Die Bevölkerung ist durchweg deutsch geblieben. Als es am 11. Juli 1920 galt, bedrohtes deutsches Gebiet vor polnischer Anmaßung zu retten, haben im Kreise Rössel von 36 039 Abstimmenden 35 252 deutsch und 758 polnisch gewählt. Das ist ein Prozentsatz von 97,9 Deutschen.

In Kriegen nach der Zeit von 1772 hat die Landschaft und damit der Kreis Rössel noch mancherlei gelitten. Sie ist auch im jetzigen Kriege von feindlicher Besatzung durch die Russen nicht verschont geblieben und ist von allen Schrecken des Krieges überzogen worden. Selbst später, in der besatzungsfreien Zeit, hat die Nähe des Kriegsgebietes durch die Truppen- und Gefangenendurchzüge, das Zurückfluten der flüchtenden Deutsch-Russen, dem Kreise gerade auf dem Gebiete der ansteckenden Krankheiten mancherlei Gefährdung gebracht.

Der Kreis Rössel umfaßt einen Flächeninhalt von 85 540,0 ha; davon entfallen auf Gutsbezirke 20 066,1 ha, auf Landgemeinden 55 820,4 ha und auf die vier Städte 9653,5 ha.

Bewegung der Bevölkerung.

Über die Schwankung der Einwohnerzahl in den vier Städten seit dem Jahre 1871 gibt folgende Tabelle ein Bild.

Summe der Einwohnerzahl der vier Städte				
am 1. Dezember		am 2. Dezember	am 1. Dezember	
1871	1885	1895	1905	1910
14 841	15 093	15 014	15 729	16 093

Die vier Städte des Kreises Rössel zeigen nicht die Zunahme an Einwohnern, wie sie dem starken Aufblühen Deutschlands seit dem Kriege 1870/71 entspricht und wie sie die westlichen Städte des Reiches und besonders die Industriestädte aufweisen. Das hat seine Ursache darin, daß gerade die Provinz Ostpreußen mit ihrem starken Geburtenüberschuß der aufblühenden Industrie der übrigen Provinzen einen großen Teil ihrer Arbeiter gestellt hat. Diese Abwanderung nach den industriellen Provinzen des Reiches erklärt die geringe Zunahme der östlichen Städte.

Bewegung der Bevölkerung der vier Städte vom Jahre 1912 bis 1919.

	Geburten	Todesfälle	Überschuß der Geburten über die Todesfälle	Auf 100 Geburten kommen an Todesfällen
1912	459	328	131	714,6
1913	453	356	97	785,9
1914	454	413	41	909,6
1915	296	370	— 74	1250,0
1916	284	306	— 22	1046,0
1917	229	369	— 140	1655,0
1918	248	444	— 196	1790,3
1919	370	392	— 22	1059,4

Die Tabelle von der Bewegung der Bevölkerung gibt ein Bild davon, wie stark der Krieg im ungünstigsten Sinne auf die Zahl der Geburten und Todesfälle eingewirkt hat. Daß 1915 die Todesfälle um 74 die Geburten überwiegen, erklärt sich daraus, daß dieses Jahr unter den Einwirkungen von dem Russeneinfall und der Flucht der Bevölkerung steht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Außerdem haben die vier Städte in dem Jahre eine Scharlachepidemie durchgemacht und sind von vielen Typhus- und Diphtheriefällen heimgesucht worden. Das ungünstigste Bild in der Bewegung der Bevölkerung bietet das Jahr 1918. Es findet hierin die allgemeine Lebensmittelnot ihren Ausdruck, die sich jetzt selbst in den bisher gut versorgten Landstädten verhängnisvoll bemerkbar machte. Das Jahr 1919 zeigt bereits eine Besserung der Verhältnisse.

Hygienische Verhältnisse der vier Städte.

In dem Kreise Rössel sind genügend Ärzte vorhanden. Zur Zeit des Berichtsjahres waren dort ein beamteter Arzt und acht praktische Ärzte tätig. Zahnärzte gibt es im Kreise nicht, die zahnärztliche Tätigkeit wird von Zahntechnikern ausgeübt. Jede der vier Städte ist mit einem kleineren Landkrankenhaus versehen, mit der Möglichkeit, seine Infektionskranken zu isolieren. Für die Desinfektion sind zwei Desinfektoren angestellt. Im Kreise bestehen drei Krankenkassen mit freier Arztwahl. Jede der vier Städte besitzt eine eigene Apotheke, die teilweise im Kriege durch Plünderungen großen Schaden gehabt haben. Zur Bekämpfung der Tuberkulose sind in den Städten Tuberkulosefürsorgestellen eingerichtet. Die Säuglingsfürsorge ist ebenfalls in den Städten eingeführt, sie steht unter der Leitung des Kreisarztes.

Säuglingssterblichkeit nach der standesamtlichen Statistik für die Jahre 1912 bis 1919 der Städte Bischofsburg, Rössel, Bischofstein und Seeburg.

	Geburten	Todesfälle im 1. Lebensjahre	Überschuß der Geburten über die Todesfälle im 1. Lebensjahre	Auf 1000 Geburten kommen an Todesfällen im 1. Lebensjahre
1912	459	84	375	183,0
1913	453	94	359	207,5
1914	454	120	334	264,3
1915	296	77	219	260,2
1916	284	42	242	147,9
1917	229	62	167	270,8
1918	248	57	191	229,8
1919	370	62	208	167,6

Mit dem Kriege setzte ein starker Rückgang der Geburten ein. Hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit zeigt das Jahr 1914 besonders ungünstige Verhältnisse. Dieses mag in der feindlichen Besetzung, der Flucht der Bevölkerung und der damit verbundenen Gesundheitsschädigung der Säuglinge seine Ursache haben. 1917 ist für den Kreis das Jahr einer Ruhrepidemie und hat vielleicht deshalb die besonders hohe Sterblichkeitsziffer der Säuglinge.

Es gibt im Kreise 44 Haltekinder, davon sind 40 uneheliche. Die Schulbesichtigungen werden durch den Kreisarzt ausgeführt. Es ist kein besonderer Schularzt angestellt. In allen vier Städten des Kreises ist Gelegenheit zum Kalt- und Warmbaden, die besonders von Schulkindern eifrig ausgenutzt wird. Alle vier Städte haben Zentralwasserleitung, aber nur Bischofsburg Kanalisation. In den übrigen Städten sind Abortanlagen mit Gruben oder Eimern, deren Inhalt abgefahren wird. Bischofsburg, Rössel und Bischofstein haben ärztliche Leichenschau, in Seeburg ist sie noch nicht eingeführt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verteilung der Erkrankungen auf die einzelnen Städte nach Geschlecht, Beruf, Alter und Jahreszeit.

Alle vier Städte sind kleine Landstädte mit einer Bevölkerung, die vorwiegend Landwirtschaft betreibt. Sie sind insofern bemerkenswert, als sie alle vier gesund gelegen sind und als Beispiel einer hygienisch gut dastehenden kleinen Landstadt gelten können. Die vier Städte sind auch deshalb für die Bearbeitung des Attestmaterials herangezogen worden, weil sich beim Vergleich mit den Attesten von anderen Städten ergab, daß es sich hier um ein verhältnismäßig zuverlässiges Material handelt.

Es sind im Jahre 1918 1337 Atteste ausgegeben worden. Bei der Bearbeitung sind die Atteste, die bei längerer Krankheitsdauer erneuert worden sind, nicht doppelt gerechnet worden, so daß die Zahl 1337 die Gesamtzahl der Erkrankungen des Jahres 1918 gibt, die zur Ausstellung von Lebensmittelattesten überhaupt Anlaß geboten haben.

Wenn bei einer Person gleichzeitig mehrere Krankheiten vorlagen, ist nicht jede Krankheit besonders gerechnet worden, sondern nur die, welche die schwerstwiegende war oder die ursprüngliche gewesen ist.

Die Zahlen für die Mortalität in den einzelnen Städten sind aus den amtlichen Totenscheinen gewonnen worden. Es sind die Gefallenen nicht mit eingerechnet und auch nicht die Kranken, die aus anderen Ortschaften waren und in den Krankenhäusern der einzelnen Städte gestorben sind. Es ist dieses geschehen im Gegensatz zu der Tabelle über die Bewegung der Bevölkerung, um eine Übereinstimmung und einen Vergleich mit dem Krankheitsmaterial aus den Attesten zu ermöglichen.

Tabelle der Erkrankungen (E) und Todesfälle (T) auf die einzelnen Städte.

	m.		w.		Geschlecht unbekannt		Zusammen		Einwohnerzahl	Auf 1000 Einw. kommen an	
	E	T	E	T	E	T	E	T		E	T
Bischofsburg .	241	52	436	75	12	1	689	128	5 428	126,9	23,6
Rössel	142	40	258	54	—	—	400	94	4 457	89,8	21,1
Bischofstein . .	53	25	122	45	1	—	176	70	3 183	55,3	21,9
Seeburg . . .	26	26	46	39	—	—	72	65	2 965	24,3	21,9
Summe der vier Städte . . .	462	143	862	213	13	1	1337	357	16 033	83,4	22,3

In der Zahl der Erkrankten steht Bischofsburg mit 689 Erkrankungsfällen an erster Stelle. Dann kommt Rössel mit 400, Bischofstein mit 176 und Seeburg mit 72. Das macht auf 1000 Einwohner berechnet für Bischofsburg 126,9, Rössel 89,8, Bischofstein 55,3 und Seeburg 24,3 Erkrankungen.

Es fällt der große Unterschied in der Erkrankungsziffer zwischen Bischofsburg und Seeburg auf. Diese Differenz läßt sich wohl einmal daraus erklären, daß mit der Abnahme der Einwohnerzahl die Möglichkeit der besseren Ernährung der Bevölkerung steigt und damit auch die Möglichkeit, einen durchschnittlich besseren Gesundheitszustand für den einzelnen zu erzielen. Daher der verschiedene Gebrauch der Lebensmittelatteste in den einzelnen Städten. Auch die Mortalitätsziffer ist in Bischofsburg mit der größten Einwohnerzahl verhältnismäßig am höchsten. Jedoch sind die Unterschiede in der Sterblichkeitsziffer nur sehr gering.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dann zeigt aber die Differenz in der Erkrankungsziffer der einzelnen Städte auch, daß in den Attesten von Seeburg und auch von Bischofstein die Krankheitszahl nicht in dem Maße erfaßt worden ist, wie es in Bischofsburg und ebenfalls in Rössel geschehen ist.

So hat Seeburg:

8 Erkrankungsfälle an Grippe und 12 Todesfälle
13 „ an Tuberkulose und 12 Todesfälle
1 „ an Lungenentzündung und 8 Todesfälle.

Bischofsburg dagegen:

100 Erkrankungsfälle an Grippe und 23 Todesfälle
130 „ an Tuberkulose und 16 Todesfälle
16 „ an Lungenentzündung und 6 Todesfälle.

Es geht daraus hervor, daß Seeburg und Bischofstein nicht das genaue Bild der Morbiditätszahl geben wie Bischofsburg und Rössel. Es müssen daher vor allem die Atteste der beiden Städte Bischofsburg und Rössel als Grundlage der Statistik dienen.

An den Erkrankungsfällen ist das weibliche Geschlecht fast mit der doppelten Anzahl beteiligt. Das Verhältnis zwischen der Erkrankungsziffer vom männlichen zu der des weiblichen Geschlechts ist in Bischofsburg 1 : 1,8, in Rössel 1 : 1,8, in Bischofstein 1 : 2,3, in Seeburg 1 : 1,8.

Die Mortalität, nach dem Geschlecht geordnet, zeigt ebenfalls eine höhere Beteiligung des weiblichen Geschlechts. Die Zahl der männlichen Todesfälle verhält sich zu der der weiblichen in Bischofsburg wie 1 : 1,4, in Rössel wie 1 : 1,3, in Bischofstein wie 1 : 1,8, in Seeburg wie 1 : 1,3.

Die große Differenz in der Erkrankungsziffer der beiden Geschlechter läßt sich nicht allein durch die größere Zahl der Frauen überhaupt erklären. Es handelt sich bei den Frauen um eine schwächere Konstitution, die den Entbehrungen der Kriegsernährung weniger gut standgehalten hat.

Auf die Verteilung der höheren Erkrankungsziffer des weiblichen Geschlechts nach Alter und einzelnen Krankheiten wird bei der Besprechung der betreffenden Tabellen näher einzugehen sein.

Tabelle der erkrankten Familienangehörigen nach Berufen geordnet.

In den vier Städten

Arbeiter und Handwerker	Landwirte	Gastwirte	Kaufm. Angestellte und Kaufleute	Beamte	Lehrer	Akademiker und Fabrikbesitzer	Militär	Pensionäre, Rentenempfänger und Witwen	Personal
553	30	17	161	121	40	52	30	160	47

Von 1337 Erkrankten des Jahres 1918 war nur bei 1211 eine genaue Berufsangabe gemacht worden. Bemerkenswert ist die hohe Zahl der erkrankten Arbeiter, Handwerker und Akademiker im Gegensatz zu den Landwirten. Die Landwirte waren bei Erkrankungen weniger auf die Lebensmittelatteste angewiesen. Die Arbeiter und Handwerker sind mit 553 = 45,6 Proz. Erkrankungen an der Erkrankungszahl beteiligt.

Tabelle der Erkrankungs- und Todesfälle nach Monaten geordnet.

	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Erkrankungsfälle .	122	141	92	102	84	100	118	129	129	149	91	79
Todesfälle	22	14	18	27	26	23	15	22	30	57	38	23

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Tabelle der Erkrankungs- und Sterbefälle der vier Städte in den einzelnen Monaten zeigt einen Anstieg im Februar und einen Anstieg im Oktober. Es entspricht den Erfahrungen, daß im Frühjahr und Herbst eine Erhöhung der Morbidität eintritt. Die Zunahme der Erkrankungen im Herbst ist häufig durch Auftreten von Epidemien mit bedingt.

Darstellung der Kranken der vier Städte zusammen nach Altersklassen.

Alter	Männlich	Weiblich	Geschlecht unbekannt
Unter bis 1 Jahr	4	6	3
Über 1—2 Jahre	12	12	3
Über 2—3 Jahre	16	15	—
3—5 Jahre	25	22	1
5—10 Jahre	55	74	1
10—15 Jahre	33	44	2
15—20 Jahre	24	29	—
20—25 Jahre	13	50	—
25—30 Jahre	17	52	—
30—40 Jahre	43	128	—
40—50 Jahre	40	106	—
50—60 Jahre	71	92	—
60—70 Jahre	45	101	—
70—80 Jahre	42	78	—
Über 80 Jahre	14	31	—
Alter unbekannt	8	13	3
Zusammen . .	462	862	13

Von den einzelnen Altersklassen ist an Erkrankungen besonders das Alter von 5 bis 15 und von 30 bis 40 Jahren beteiligt. Das Alter von 5 bis 15 Jahren umfaßt die schulpflichtigen Kinder. Eine große Zahl der Erkrankungen in diesem Lebensalter fällt unter die Rubrik Blutarmut, Nervenschwäche, Unterernährung. Es geht daraus hervor, daß die Kinder in diesem Alter besonders unter der Lebensmittelnot im Kriege gelitten haben und durch den Krieg geschädigt worden sind.

An den Erkrankungen im Alter von 20 bis 50 Jahren ist besonders hoch das weibliche Geschlecht beteiligt. Von 141 Erkrankungen im Alter von 20 bis 30 Jahren kommen 30 auf das männliche und 102 auf das weibliche Geschlecht. Die Erkrankungsziffern verhalten sich wie 1 : 3,4. Von 171 Erkrankungen im Alter von 30 bis 40 Jahren kommen 43 auf das männliche und 128 auf das weibliche Geschlecht. Die Erkrankungsziffern verhalten sich wie 1 : 2,9.

Die Ursache für die Höhe der Morbidität des weiblichen Geschlechts in diesem Alter liegt einmal in der schwächeren Konstitution des weiblichen Geschlechts und dann auch in den erhöhten Anforderungen, die in diesem Alter durch Schwangerschaften und Geburten an den weiblichen Körper gestellt werden. Außerdem ist anzunehmen, daß die Mütter, um die es sich in diesem Falle hauptsächlich handelt, bei der Knappheit an Nahrungsmitteln zuerst an ihre Familie gedacht und sich selbst weniger gut mit Essen versorgt haben. So ist ihr Körper gegen Angriffe von Krankheiten besonders wenig widerstandsfähig gewesen. Außerdem sind während der Kriegszeit Frauen in Stellen von Betrieben und Fabriken tätig gewesen, die sonst als zu schwere weibliche Arbeit nur Männer innegehabt hatten. Dann ist aber auch zu berücksichtigen, daß durch den Krieg die meisten Männer von 20 bis 50 Jahren im Felde gewesen sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die einzelnen Krankheiten.

Als Vergleichsmaterial für die einzelnen Krankheiten hat die Krankheitsstatistik der Heilanstalten in ihren Hauptgruppen zur Verfügung gestanden. Sie ist in dem Buch: „Krankheit und soziale Lage", herausgegeben von Dr. Mosse und Tugendreich (Berlin), entnommen worden. Diese Krankheitsstatistik umfaßt 4 565 821 Krankheitsfälle aus 2200 Krankenhäusern von 3 Jahren. Um einen Vergleich zu ermöglichen, ist der Versuch gemacht worden, die 1337 Krankheitsfälle der vier Städte nach denselben Krankheitsgruppen einzuteilen. Es handelt sich um eine Gegenüberstellung von zwei Morbiditätsstatistiken mit verschiedenem Ausgangsmaterial. Bei der Heilanstaltenstatistik kommt Material aus Krankenhäusern in Betracht, die andere Statistik geht von dem Material der Lebensmittelatteste aus.

Tabelle der einzelnen Krankheiten.
a) Der Heilanstaltsstatistik. b) Der Statistik auf Grund der Lebensmittelatteste.

Krankheitsart	a) Heilanstaltsstatistik		b) Statistik der Lebensmittelatteste	
	absolut	Proz.	absolut	Proz.
1. Entwicklungskrankheiten	88 766	1,94	—	—
2. Infektions- und parasitäre Krankheiten . .	935 398	20,49	440	33,0
3. Sonstige allgemeine Krankheiten	338 084	7,40	263	19,6
4. Örtliche Leiden	3 152 191	69,04	560	41,9
A. Krankheiten des Nervensystems . . .	270 478	5,92	31	2,3
B. „ der Atmungsorgane . . .	353 141	7,73	102	7,6
C. „ der Kreislauforgane . . .	167 024	3,66	35	2,6
D. „ der Verdauungsorgane .	564 242	12,36	313	23,4
E. „ der Harn- u. Geschlechtsorgane	289 048	6,33	61	4,5
F. „ der äußeren Bedeckungen	452 416	9,91	3	0,2
G. „ der Bewegungsorgane . .	315 922	6,92	11	0,8
H. „ der Ohren	49 096	1,08	3	0,2
I. „ der Augen	90 448	1,98	1	0,1
K. Verletzungen	600 376	13,15	—	—
5. Andere Krankheiten	51 382	1,13	74	5,5
Zusammen . . .	4 565 821	100,0	1337	100,0

In der Tabelle zeigen die beiden Statistiken eine ziemliche Übereinstimmung in den Hauptkrankheitsgruppen. Wo diese Übereinstimmung fehlt, liegt es in der Art des Materials begründet und darin, daß die Statistik der Heilanstalten aus dem Frieden stammt, die Statistik aus den Lebensmittelattesten Kriegsverhältnisse darstellt. So spielen die Verletzungen in Krankenhäusern eine große Rolle, werden aber durch Lebensmittelatteste nicht erfaßt.

Daß die Zahl der Erkrankungen der Verdauungsorgane den Lebensmittelattesten nach eine größere ist als in den Heilanstalten, begründet sich damit, daß sich gerade in dieser hohen Erkrankungszahl eine Kriegswirkung ausspricht und es sich hierbei vielfach um leichtere, ambulante Kranke handelt. Ebenso zeigt die hohe Zahl der sonstigen allgemeinen Kranken, also der Altersschwächlichen und der Leute mit schwacher Konstitution, die Einwirkung des Krieges. Außerdem handelt es sich auch hier wieder um Patienten, die meist im Hause behandelt werden. Obwohl die meldepflichtigen Infektionskrankheiten gerade durch die Lebensmittel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

atteste nicht restlos erfaßt worden sind, ist die Zahl der Infektions- und parasitären Krankheiten ebenfalls höher als sie die Heilanstaltsstatistik angibt. Das liegt daran, daß das Jahr 1918 das Jahr der großen Grippeepidemie ist. Außerdem fallen unter diese Rubrik die Tuberkuloseerkrankungen, die durch die Lebensmittelatteste in ganz anderem Maße erfaßt worden sind, als es durch eine Heilanstaltsstatistik geschehen kann.

Bei der Besprechung der einzelnen Krankheiten sollen zuerst die Infektionskrankheiten in Betracht gezogen werden.

Die Zahl der durch Infektion Erkrankten wird durch die Lebensmittelatteste nicht genügend erfaßt. Meist war wohl die Krankheit von zu knapper Dauer, als daß eine Lebensmittelzulage gefordert worden ist. Dann ist auch eine Anzahl Infektionskranker in einem Krankenhause untergebracht worden. Eine genauere Angabe der Anzahl der Infektionskranken ist durch die polizeiliche Meldepflicht dieser Krankheiten, soweit eine solche besteht, zu erzielen.

Die Zahlen, die aus dieser Quelle gewonnen worden sind und der wahren Morbidität wohl ziemlich entsprechen, gibt folgende Tabelle wieder.

Infektionskrankheiten der vier Städte 1914 bis 1918.

Krankheit	1914	1915	1916	1917	1918
Diphtherie	17	50	31	30	27
Genickstarre	—	—	—	3	—
Kindbettfieber . . .	—	3	1	—	1
Ruhr	21	2	—	92	1
Unterleibstyphus . .	10 (10 S.)	20 (10 S., 2 R.)	8	20 (1 S.)	18 (1 S.)
Scharlach	35	73	79 (2 S.)	8	2
	—	—	—	—	2

S = Soldaten, R = Russen.

Das Jahr 1918 weist außer der schweren Grippeepidemie, die ganz Deutschland durchzogen hat, kein gehäuftes Auftreten übertragbarer Krankheiten auf. Die Zahl der an Diphtherie Erkrankten beträgt für das Jahr 1918 27. In den Kriegsjahren vorher war die Erkrankungszahl an Diphtherie dauernd sehr hoch, 1915 betrug sie sogar 50 Fälle. Es hat sich hierbei um keine größere Epidemie gehandelt. Die Krankheitsfälle haben sich über das ganze Jahr erstreckt. Die Erkrankungsfälle an Scharlach sind für die einzelnen Jahre: 1914 35, 1915 70, 1916 81, 1917 8, 1918 2. Während sich vom Jahre 1914 an größere Epidemien über den ganzen Kreis und damit auch über die Städte erstreckt haben, die vom Süden des Kreises, von Sensburg, ihren Ausgang nahmen, weist das Jahr 1918 nur zwei Erkrankungsfälle auf. Auch die schwere Ruhrepidemie, die 1917 als Kontaktinfektion von einem Gut ausgehend 37 Ortschaften des Kreises überzogen hat, ist im Jahre 1918 nicht wieder aufgeflammt. Die vier Städte haben im Jahre 1918 nur einen Erkrankungsfall an Ruhr gehabt.

Über die Zahl der Typhuserkrankungen in den vier Städten stehen die Meldungen vom Jahre 1906 an zur Verfügung.

Städte	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Bischofsburg . . .	—	—	—	—	—	—	—	2	10	19	1	14	10
Rössel	9	1	2	6	8	—	8	2	1	2	1	2	5
Bischofstein . . .	4	16	4	2	—	1	2	7	2	6	—	4	—
Seeburg	7	5	2	2	1	2	—	3	7	5	6	1	4
Zusammen . .	20	22	8	10	9	3	10	14	20	32	8	21	19

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es hat sich hierbei nie um größere Epidemien gehandelt, doch ist in den Städten, mit Ausnahme von Bischofsburg, der Typhus endemisch.

Die übrigen Infektionskrankheiten, wie Keuchhusten, Masern und Grippe, sind nicht meldepflichtig. Den Lebensmittelattesten nach sind in den vier Städten 8 Erkrankungsfälle an Keuchkusten und 26 an Masern vorgekommen. Die Grippe setzte mit ihrem epidemischen Auftreten im August ein, stieg an Zahl der Erkrankungen im September und erreichte im Oktober ihren Höhepunkt. Die Zahl der Todesfälle an Grippe beträgt für den ganzen Kreis 127. Den Attesten nach ist Bischofsburg besonders stark heimgesucht worden. Es weist 100 Erkrankungsfälle auf, dazu oft solche mit Lungenentzündung. Die Zahl der Todesfälle beträgt 23. Der kreisärztliche Jahresbericht über den Kreis Rössel meldet, daß kaum ein Einwohner von der Grippe verschont geblieben ist.

Über die Verbreitung der Tuberkulose in den Städten des Kreises Rössel haben sich für das Jahr 1918 aus den Lebensmittelattesten folgende Resultate ergeben:

Es sind an Tuberkulose einschließlich Skrofulose und Drüsentuberkulose in den vier Städten 261 Personen erkrankt.

In Bischofsburg	130,	darunter	25	unter	Tuberkuloseverdacht
„ Rössel	84,	„	23	„	„
„ Bischofstein	34,	„	4	„	„
„ Seeburg	13,	„	3	„	„

Die Erkrankungsziffer ist sehr hoch. Auf 1000 Einwohner kommen an Tuberkuloseerkrankungen:

In allen vier Städten	16,2	Erkrankungsfälle
„ Bischofsburg	23,9	„
„ Rössel	18,8	„
„ Bischofstein	10,6	„
„ Seeburg	4,3	„

In den Krankenhäusern sind in den Jahren 1914 bis 1918 an hochgradiger Tuberkulose behandelt worden: 1914 3, 1915 13, 1916 16, 1917 16, 1918 22.

Außerdem stehen als Vergleichsmaterial die Zahlen der Tuberkulosekranken des Regierungsbezirks Allenstein und der Stadt Allenstein zur Verfügung. Mit Hilfe der Lebensmittelatteste ist für den Kriegsgesundheitsbericht des Regierungsbezirks Allenstein festgestellt worden, daß die Zahl der Tuberkulösen des Regierungsbezirks ungefähr 4000 betragen muß. Das sind auf 1000 Einwohner berechnet 7,4 Kranke. Für die Stadt Allenstein hat die Zählung für den Kriegsgesundheitsbericht aus den Lebensmittelattesten ergeben:

Für 1917	250	Tuberkulosekranke	=	6,6	Prom. Einwohner
„ 1918	320	„	=	8,5	„ „
„ 1919 bis September .	434	„	=	11,5	„ „

In dem Werk „Die Tuberkulose und die hygienischen Mißstände auf dem Lande“ gibt Prof. Jakob u. a. die Ergebnisse der Untersuchung über die Verbreitung der Tuberkulose in dem Kreise Hümmling (Prov. Hannover) wieder. Durch Aufsuchen der Leute in ihren Wohnungen ist die Zahl der Tuberkulösen dort auf 148 festgestellt worden. Diese Zahl gibt nur die Fälle der an offener Tuberkulose erkrankten Erwachsenen wieder. Die Skrofulose der Kinder ist nicht mit eingerechnet worden. Auf 1000 Er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wachsene berechnet beträgt die Zahl der Tuberkulosekranken des Kreises Hümmling = 15,4, auf die Zahl der Einwohner des Kreises überhaupt berechnet beträgt sie = 8,4.

Vergleicht man mit diesem Material die Tuberkuloseverbreitung in den vier Städten des Kreises Rössel, so zeigt Bischofsburg eine erschreckend große Ausdehnung der Tuberkulose. Die eingehende Prüfung des Attestematerials dieser Stadt hat ergeben, daß die hieraus gefundenen Zahlen der Wirklichkeit entsprechen müssen. Selbst wenn man annimmt, daß bei den Attesten einmal die Diagnose Schwindsucht gestellt worden ist, ohne daß es sich um ausgesprochene Tuberkulose handelte, so finden sich unter der Rubrik: Schwache Konstitution, also Blutarmut, Unterernährung, Nervenschwäche noch sicher einige Kranke mit latenter Tuberkulose oder Disposition dazu. Außerdem sind in den Attesten von Bischofsburg die Diagnosen Tuberkulose sehr eng umschrieben worden, da meist noch das Stadium Bluthusten, Fieber oder erbliche Belastung durch Tuberkulosesterbefälle in der Familie dabei stand. Daher muß angenommen werden, daß Bischofsburg ein von Tuberkulose besonders schwer heimgesuchter Ort ist. Nach der Mortalitätsstatistik hatte man bisher angenommen, daß Ostpreußen weniger von Tuberkulose befallen sei als das übrige Deutschland.

Die Mortalität an Tuberkulose im Kreise Rössel betrug in den Jahren:

1915 . .	27 = 0,54 Prom. Einwohner	1917 . .	53 = 1,1 Prom. Einwohner
1916 . .	25 = 0,50 „ „	1918 . .	68 = 1,4 „ „

Die Sterblichkeit an Tuberkulose in den Städten des Kreises belief sich im Jahre 1918 auf 36 = 2,3 Prom. Einwohner.

In Bischofsburg	16 = 2,9 Prom. Einwohner
„ Rössel	6 = 1,4 „ „
„ Bischofstein	4 = 1,3 „ „
„ Seeburg	10 = 3,4 „ „

Die Tuberkulosemortalität des ganzen Regierungsbezirks war:

1915 . .	101 = 0,19 Prom. Einwohner	1917 . .	240 = 0,44 Prom. Einwohner
1916 . .	178 = 0,33 „ „	1918 . .	316 = 0,58 „ „

Man rechnet auf einen Todesfall an Tuberkulose meist fünf Erkrankungsfälle. Die Zahl der aus dem Attestmaterial gewonnenen Erkrankungsfälle zeigt, daß die Tuberkulose viel weiter verbreitet ist, als nach dieser Berechnung angenommen worden ist, und daß sie auch in der ganzen Provinz Ostpreußen eine viel weitere Verbreitung hat, als man bisher glaubte. Es ist wohl anzunehmen, daß die standesamtlichen Meldungen über Tuberkulosesterbefälle nicht immer zuverlässig gewesen sind, besonders in den mittleren und kleinen Landstädten. Jedenfalls geben die Tuberkulosetodesfälle kein genaues Bild von der Verbreitung dieser Krankheit in der Provinz Ostpreußen.

Die Tuberkuloseerkrankung betrifft besonders das Alter von 5 bis 15 Jahren, also die Schulpflichtigen, und das Alter von 30 bis 50 Jahren und darunter wieder besonders die Frauen. Knapp ein Drittel der Gesamterkrankungen entfallen auf die Jahre von 5 bis 15 Jahren. Es entspricht dieses den neueren Anschauungen, daß das jugendliche Alter besonders durch die Tuberkulose gefährdet ist und die Bekämpfung der Krankheit hier bereits tatkräftig einsetzen muß.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Darstellung der Altersklassen der an Tuberkulose Erkrankten.

In den vier Städten

Alter	Männlich	Weiblich	Zusammen
Von 1—2 Jahren	2	3	5
Über 2—3 Jahre	2	4	6
Über 3—5 Jahre	8	9	17
5—10 Jahre	20	24	44
10—15 Jahre	16	15	31
15—20 Jahre	9	10	19
20—25 Jahre	7	18	25
25—30 Jahre	3	9	12
30—40 Jahre	11	34	45
40—50 Jahre	7	21	28
50—60 Jahre	8	12	20
60—70 Jahre	2	1	3
Über 70 Jahre	—	—	—
Alter unbekannt	3	4	7

Während im jugendlichen Alter die Verteilung der Tuberkulose auf das männliche und weibliche Geschlecht ziemlich gleich bleibt, setzt mit dem Alter von 20 Jahren eine stärkere Gefährdung des weiblichen Geschlechts ein, die sich mit der Anzahl der Jahre steigert und im Alter von 30 bis 50 Jahren besonders stark ist.

Von den 261 Erkrankungen an Tuberkulose entfallen auf die einzelnen Arten der Tuberkulose:

Lungen- und Kehlkopftuberkulose	120	Drüsen- und Lungentuberkulose	1
Skrofulose und Drüsentuberkulose	65	Knochen- und Hauttuberkulose	1
Knochen- und Gelenktuberkulose	11	Knochen- und Unterleibstuberkulose	1
Unterleibstuberkulose	3	Unterleibs- und Lungentuberkulose	1
Hauttuberkulose	1	Unterleibs- und Gehirntuberkulose	1
Drüsen- und Hauttuberkulose	1	Tuberkuloseverdacht	55

Die höchste Zahl der Erkrankungen entfällt auf Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Sehr groß ist auch die Zahl der Skrofulose und Drüsentuberkulose; sie spricht wieder von der weiten Verbreitung der Tuberkulose unter den Kindern. Lupus ist überhaupt nur wenig im ganzen Regierungsbezirk vorhanden. In der Stadt Allenstein sind während der ganzen Kriegsjahre nur sechs Fälle von Lupus ermittelt worden.

Die Zahl der Erkrankungen der Verdauungsorgane beträgt 263. Auffallend hoch ist davon die Zahl der Erkrankungen an Magen- und Darmkatarrh. Sie umfaßt 148 Erkrankungen. Außerdem sind noch 49 Erkrankungen an Magen- und Darmkatarrh bei schwacher Konstitution, 24 an Magen- und Darmkatarrh und gleichzeitiger Erkrankungen der Atemorgane und 4 verbunden mit Krankheit der Kreislauforgane angegeben. Die letzten drei Rubriken sollen bei der jetzigen Betrachtung nicht mit berücksichtigt werden, die hohe Zahl der Magen- und Darmkatarrhe, das gehäufte Vorkommen der Blutarmut bei schwacher Konstitution und die große Anzahl der Tuberkuloseerkrankungen geben das eigentliche Bild der Schädigungen durch die Kriegsernährung.

Von den 148 Kranken entfallen 45 auf das männliche Geschlecht und 100 auf das weibliche, bei 3 Erkrankten war das Geschlecht nicht angegeben worden. Von den einzelnen Altersklassen weisen besonders die Jahre von 30 bis 40 und dann vor allem das Alter, die Jahre von 50 bis 70 eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hohe Morbidität auf. Abgesehen davon, daß unter der Rubrik „Altersschwäche“ sich noch sehr viel Magen- und Darmkrankheit verbirgt, da mit am häufigsten sich darin eine Altersschädigung ausspricht, ist an und für sich die Zahl der Magen- und Darmkatarrhe im Alter sehr hoch. Es ist leicht begreiflich, daß gerade der Organismus von alten Leuten gegen die Schädigungen durch die Kriegskost wenig Widerstand geleistet hat. Durch den Mangel an Lebensmitteln im Kriege sind alle die Nährstoffe in erster Linie in Wegfall gekommen, die als leichte Kost zur Ernährung von Kranken und alten Leuten gedient haben. Die Wirkung dieses Mangels an Lebensmitteln spricht sich eben in der hohen Zahl von Altersschwächlichen und Magen- und Darmkranken in diesem Alter aus. Die hohe Zahl der Magen- und Darmkranken aber allgemein, auch im jüngeren und kräftigeren Alter, zeigt, daß auch der gesunde Organismus durch die Dauer des Krieges und die damit verbundene Lebensmittelnot geschädigt worden ist.

An der Erkrankungszahl der Verdauungsorgane sind die Krankheiten an Ulcus ventr. mit einer hohen Anzahl beteiligt. Die Erkrankungsziffer beträgt 37 und umfaßt mit einer Ausnahme das Lebensalter von 15 bis 70 Jahren. Davon entfällt mit 9 Erkrankungen die Höchstzahl auf die Jahre von 30 bis 40. Von 37 Erkrankten sind 11 männlichen Geschlechts gegen 26 Kranke weiblichen Geschlechts.

Die Zahl der Kranken, die für Blutarmut bei schwacher Konstitution, also Unterernährung und Nervenschwäche, Lebensmittel bekommen haben, ist 134. Es sind dabei die 49 Kranken an Magen- und Darmkatarrh bei schwacher Konstitution nicht mit eingerechnet. Von den 134 Kranken gehören 33 dem männlichen und 101 dem weiblichen Geschlecht an.

Die Kranken mit Blutarmut bei schwacher Konstitution gehören folgenden Altersklassen an.

Alter	Männlich	Weiblich	Zusammen
Unter bis 1 Jahr	—	—	—
Über 1—2 Jahre	—	—	—
Über 2—3 Jahre	1	—	1
3—5 Jahre	1	4	5
5—10 Jahre	13	15	28
10—15 Jahre	4	8	12
15—20 Jahre	3	12	15
20—25 Jahre	1	14	15
25—30 Jahre	1	9	10
30—40 Jahre	3	20	23
40—50 Jahre	—	11	11
50—60 Jahre	6	2	8
60—70 Jahre	—	5	5
Über 70 Jahre	—	1	1
Alter unbekannt	—	—	—

Die Höchstzahl der Geschwächten entfällt auf das Alter von 5 bis 10 Jahren, auch das Alter von 30 bis 40 Jahren ist wieder mit einer hohen Zahl an der Erkrankungsziffer beteiligt. Dieses entspricht genau dem Bilde, das die Alterskurve der an Tuberkulose Erkrankten darstellt, und zeigt, wieviel stärker ein unterernährter und geschwächter Körper den Angriffen der Tuberkulose ausgesetzt ist.

Die Erkrankungen der Atmungsorgane, abgesehen von Lungentuberkulose, betragen 78. Davon entfallen auf das männliche Geschlecht 33 und auf das weibliche Geschlecht 45 Erkrankungen. Sie umfassen Katarrhe und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entzündungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien und Lungen- und Rippenfellentzündungen.

Von 31 Erkrankungen der Kreislauforgane entfallen 9 auf Arteriosklerose. Von den Gesamterkrankungen kommen 17 auf das männliche und 14 auf das weibliche Geschlecht.

Die Erkrankungen des Nervensystems betragen 30, sie umfassen 20 Fälle von Geisteskrankheiten und sonstigen Gehirnerkrankungen, 7 Fälle von Veitstanz und Epilepsie und 3 Fälle von Schlaganfällen.

In der Rubrik „Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane" entfallen 42 Krankheitsfälle auf Nierenerkrankungen, 8 auf Blasen- und 11 auf Frauenkrankheiten.

Von den übrigen Krankheitsgruppen, die eine zu geringe Anzahl Erkrankungen umfassen, um irgend einen statistischen Wert zu haben, sollen nur noch die Krebskrankheiten, Rachitis und Altersschwäche kurz erwähnt werden. Die Rubrik „Krebskrankheit" umfaßt 22 Fälle, darunter sind 7 Fälle, bei denen die Erkrankung nur wahrscheinlich, nicht gesichert ist. Unter der Rubrik „Andere Neubildungen" mag noch ein oder der andere Fall ein Karzinom sein, da die Angabe „Bösartiger Tumor" mit zu dieser Gruppe gerechnet worden ist.

Die Zahl der Erkrankungen an Rachitis ist 22. Es entfallen davon 13 auf das männliche und 8 auf das weibliche Geschlecht.

Die Rubrik „Alterschwäche" umfaßt 129 Erkrankungen, davon kommen 35 auf das männliche und 94 auf das weibliche Geschlecht. Außerdem sind noch für vereinzelte Fälle von Gicht, Diabetes, Gelenkrheumatismus, Hauterkrankungen, Mittelohrkatarrh, adenoide Vegetationen Lebensmittelatteste ausgegeben worden.

Von Geschlechtskranken sind 2 Fälle aufgeführt, ein Kind und eine Frau betreffend. Im allgemeinen sind bei venerischen Erkrankungen keine Lebensmittelatteste ausgegeben worden, so daß sie für diese Morbiditätsstatistik nicht in Betracht kommen. Der eine oder andere Fall mag sich unter der Diagnose „Blasenerkrankungen" verbergen.

Wie bereits zu Anfang der Arbeit erwähnt worden ist, mußte sie sich auf das Material des Kreises Rössel beschränken, nachdem die Bearbeitung der Lebensmittelatteste von einigen anderen Kreisen des Regierungsbezirks Allenstein ergeben hatte, daß dieses Material wegen zu ungenauer Diagnosen nicht verwendet werden konnte. Teilweise hatte sich auch während der Bearbeitung des Materials dieser anderen Kreise herausgestellt, daß die Lebensmittelatteste von dem betreffenden Jahrgang nicht mehr vollständig vorhanden waren. So ist von dem anfangs großen Material nur das des Kreises Rössel für die Arbeit geblieben.

Diese Schwierigkeiten und weiter die Arbeit selbst zeigen, daß, um wirklich wichtige Resultate von jeder einzelnen Krankheitsgruppe für eine Morbiditätsstatistik zu erzielen, die Lebensmittelatteste von einem ganzen Bezirk und von mehreren Jahrgängen bearbeitet werden müssen, bei der durch die Menge der Zahlen die Ungenauigkeiten in den Diagnosen aufgehoben werden.

Die vorliegende Arbeit aber dürfte immerhin dartun, wieviel wertvolles Material für eine Morbiditätsstatistik, die es außer für Krankenkassen und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für Krankenhäuser bisher nicht hat geben können, die Lebensmittelatteste enthalten.

Hinsichtlich der Tuberkulose, der Blutarmut bei schwacher Konstitution und der Magen- und Darmkatarrhe, wo größere Zahlen zur Verfügung standen, gibt bereits diese Arbeit ein richtigeres Bild von der Verbreitung dieser Krankheiten und damit von den Einwirkungen des Krieges, als man es sich den Todesfällen nach vorgestellt hat.

Chronik der Gesundheitspflege.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 1921/22.

Von Prof. Dr. Sieveking in Hamburg.

„Sollen und können wir überhaupt noch Säuglingsfürsorge treiben?" Diese bange Frage, die man wohl hin und wieder äußern hört, darf der Deutsche nur mit einem festen: „Ja sicherlich!" beantworten. Zwar sehen wir mit Sorgen die Zahl der Eheschließungen und der Geburten sinken, aber gleichzeitig mit Befriedigung auch diejenige der Säuglingssterblichkeit. Einen Sommergipfel kennen wir nicht mehr. Also die deutschen Mütter wissen, was ihre Pflicht ist. Und selbst wenn der Engländer Prof. Keynes auf der Hamburger Überseewoche meinte: „Auf lange Sicht betrachtet ist die ernsteste Seite der Lage das Bevölkerungsproblem. Deutschland, ebenso wie die meisten anderen europäischen Länder, wird eine Senkung seiner Lebenshaltung erleiden, wenn es seine Bevölkerung weiter anwachsen läßt", so antworten wir ruhig: „Sei es darum! Wir wollen uns nicht selbst aufgeben, alles was nur möglich ist soll zur Erhaltung unseres Nachwuchses geschehen!"

Man hat für die $4^1/_2$ Kriegsjahre einen Geburtenausfall von 4 Millionen und eine Mehrsterblichkeit von fast 1 Million berechnet. Diese Verluste wieder einzuholen, ist natürlich nur langsam und allmählich möglich. Nach dem soeben erschienenen 42. Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich [18]) beträgt dessen Bevölkerung jetzt rund 60 Millionen Seelen auf 472 000 qkm. Die Eheschließungen hoben sich von 352 543 in 1918 zwar auf 844 339 in 1919 und 894 978 in 1920, gingen aber schon 1921 auf 721 330 zurück. Die Zahl der Lebendgeborenen betrug 1918 926 813, 1919 1 260 500, 1920 1 599 287. Für 1921 hat die Zahl der Geborenen überhaupt um 64 757 abgenommen, die der Totgeborenen ist gewiß nicht geringer geworden, so daß sich eine Abnahme der Lebendgeborenen mit Sicherheit herausstellen wird. Die Zahl der lebendgeborenen Mehrlingskinder betrug 1918 22 822, 1919 33 179. Der Geburtenüberschuß auf 1000 Einwohner betrug 1920 für Deutschland 10,8 (Frankreich 0, Spanien 0, Ungarn 8,3, Schweiz 6,5, Belgien 8,1, Dänemark 12,6, Schweden 10,3, Norwegen 14,1). Die Säuglingssterblichkeit auf 100 Lebendgeborene war 1918 15,4, 1919 14,5, 1920 13,1. Daß sie auch 1921 weiter zurückging, ist sicher; in Hamburg z. B. von 10,49 Proz. in 1920 auf 9,7 Proz. in 1921. Ähnliches wird übrigens auch vom Auslande berichtet. So hatte die Stadt New York

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Säuglingssterblichkeit auf 100 Geburten von 8,5 in 1920 und 7,1 in 1921. Dort war auch ein Rückgang der Todesfälle der Mütter an Wochenbettfieber gegenüber früheren Jahren zu vermerken, was leider für Hamburg nicht zutrifft, wo 1920 214 und 1921 217 Kindbettfiebertodesfälle zu vermerken sind, während allerdings die Todesfälle an anderen Folgen der Geburt von 100 auf 46 zurückgingen. Aus diesen kurzen statistischen Auszügen ist wohl zu ersehen, daß Fortschritte möglich sind und wo der Hebel dafür angesetzt werden muß.

Wissenschaft und Praxis der Säuglingsfürsorge sind denn auch im vergangenen Jahre 1921 rüstig vorangegangen. Die bekannten Lehrbücher von Finkelstein[1]) und von Birk[2]) und der Langstein-Rottsche[3]) Atlas sind in Neuauflagen erschienen, trotz aller sich beständig steigernden Schwierigkeiten. Der Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Galewsky und Halberstädter[4]) erschien ganz neu. Köhlers[5]) Büchlein, „Der Säugling, seine Entwicklung, Pflege und Ernährung", verdankt seine Entstehung einer Reihe von Vorträgen und Vorführungen des Verf. für Hebammenschülerinnen, Säuglingsfürsorgerinnen und Bezirkspflegerinnen Sachsens. Es ist deshalb leicht akademisch gehalten, aber klar, vollständig und durch vortreffliche Abbildungen und Ernährungskurven ergänzt, so daß es sich auch für die ärztliche Handbibliothek gut eignet. Die rühmlichst bekannten und weitverbreiteten Büchlein von Hecker und Woerner[6])[7]) wenden sich dagegen mehr an die Mütter selbst und sind auch zum Schulunterricht zu benutzen. Sie bringen mehr Abbildungen und weniger Text, sind auch im Preise niedriger gehalten. Ähnlich, doch sehr knapp gefaßt und ohne jede Abbildung hat R. Moll [Wien][8]) in einem Merkbuch unter dem Titel „Ratschläge für Pflege und Ernährung des Säuglings" deren Grundregeln zusammengefaßt. Es eignet sich besonders als Leitfaden für Lehrgänge.

Ergänzend kommt für das Kleinkindesalter sehr willkommen Dr. Neters[9]) „Pflege des Kleinkindes". Es behandelt in vernünftiger, klarer und doch nicht lehrhafter Weise die körperliche und geistige Entwicklung, die Ernährung, den Schlaf, die Pflege und Abhärtung des Kleinkindes, gibt erzieherisch wichtige Ratschläge, lehrt Unarten beizeiten zu bekämpfen, schildert die Gefahren des „einzigen Kindes", gibt wertvolle Fingerzeige für die ersten Erscheinungen innerer und übertragbarer Krankheiten, für die ersten Hilfsleistungen bei Unglücksfällen u. a. m. Entschieden ein treffliches Buch auf reicher Erfahrung fußend.

Mehrere wichtige Vereinstagungen verhandelten eingehend über die Säuglings- und Kleinkinderpflege und gaben wertvolle Anregungen in die verschiedensten Kreise hinaus. Der am 3. und 4. Dezember 1920 in Berlin abgehaltene VI. Deutsche Kongreß für Säuglingsschutz[10]) befaßte sich mit dem weiteren Ausbau der Fürsorge (Rott), regte die Schaffung eines einheitlichen Reichsgesundheitsscheins vom Säuglingsalter aus fortlaufend bis über die Schulzeit als notwendige Grundlage für eine Gesundheitsstatistik erneut an (Tugendreich), berichtete über den Anteil der offenen Fürsorge an der Bekämpfung der Tuberkulose (Langer), der Syphilis (Rietschel) und der Rachitis (Engel), den Ausbau der Familienfürsorge (Fischer) und den Wiederaufbau der Milchversorgung (Hoffa). Auf dem 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag[11]), der in Berlin am 25. Juni 1921 tagte, standen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dagegen organisatorische Fragen im Vordergrunde. Ebenso wie der Deutsche Medizinalbeamtenverein schon wiederholt es tat, forderte auch diese Versammlung die Schaffung eines eigenen Reichsgesundheitsministeriums mit einem Arzt an der Spitze. Aber im Gegensatz zu den deutschen Medizinalbeamten, die auf ihrer XI. Hauptversammlung in Nürnberg, am 10. und 11. September 1921 [12]), lebhaft dagegen auftraten, wurde dort nicht ohne deutliche Seitenhiebe auf die Kreisärzte der „Kommunalisierung der Kreisärzte" das Wort geredet (Grotjahn). Demgegenüber hat zuletzt Hillenberg auf der XXXIII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in Magdeburg am 27. und 28. April 1922 in ruhiger und sachlicher Weise darauf hingewiesen, daß dieser Schritt gar nicht nötig sei. Überhaupt seien je nach den örtlichen Verhältnissen und Bedürfnissen die allerverschiedensten Möglichkeiten denkbar: Der Kreisarzt müsse an der Spitze aller Fürsorgeorganisationen stehen oder doch dabei mitwirken. Eine vernünftige Arbeitsteilung sei aber überall da nötig, wo der Kreisarzt nicht mehr wie in kleineren Kreisen selbst alles leisten könne. Man solle nicht über Kompetenzen streiten. Überall sei es eine Frage der Persönlichkeit, wer die eigentliche Arbeit tun müsse. Auch auf die Mitarbeit der praktischen Ärzte und deren Stimmung dabei komme es wesentlich an. — Mit dieser Frage eng verbunden ist die auf der Berliner Versammlung eingehender behandelte Frage nach der Errichtung eigener Gesundheitsämter und ihrem Verhältnis zu den gesetzlich zu schaffenden Jugend- und Wohlfahrtsämtern. Es ist begreiflich, daß da, wo in einem dieser letzteren oder auch noch in einem etwa vorhandenen Wohnungsamt eine organisatorisch begabte, frische Kraft wirkt, diese bestrebt ist, auch die Fürsorgen unter ihre Fittiche zu nehmen. Dagegen müssen sich alle diejenigen wehren, denen der ärztlich-hygienische Charakter der Fürsorgen als Kern der ganzen Arbeit unumstößlich sicher dasteht, also vor allem die beamteten Ärzte. Die unruhige Organisationsarbeit auch auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege hat in den letztverflossenen Jahren manche Begriffe eher verwirrt als geklärt. Um so wichtiger ist es, daß jetzt die Überzeugung sich mehr und mehr Bahn bricht, daß eine Zusammenfassung in der Spitzenorganisation der Fürsorgen mit Jugend- und Wohlfahrtspflege nicht wohl möglich ist, wohl aber in den eigentlich arbeitenden Unterstellen. Die Einheitsfürsorgerin, die Einheitsbezirksstellen mit ihren von allen Fürsorgezweigen besetzten und für jede Art von Beschwerden zugänglichen Sprechstunden setzen sich mehr und mehr durch, während daneben die ärztlichen Fürsorgestellen für Lungenleidende oder für Mütter mit ihren Säuglingen, die pflegerischen Beratungen usw. selbständig weiterarbeiten. Diese Vereinheitlichung erreicht in der zwanglosen Form von Arbeitsgemeinschaften auch eine Vereinfachung der so nötigen Geschäftsführung und damit eine Herabsetzung der Kosten. Es ist interessant zu sehen, wie auch im Auslande dieselbe Entwicklung durchgemacht wird wie bei uns. In der Stadt New York ist eine solche allgemeine Arbeitsgemeinschaft entstanden, auch aus Toronto [13]) (Kanada) wird kürzlich dasselbe berichtet. Nachahmenswert ist es, daß dort — die Stadt hat 400 000 Einwohner und ist in acht Einheitsfürsorgebezirke geteilt — dem an der Spitze stehenden Amtsarzt für die Tuberkulose- und für die Säuglingsfürsorge je eine in diesen Zweigen besonders gut ausgebildete Oberschwester zugeteilt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist, die darauf zu passen hat, daß die Bezirksfürsorgerinnen in diesen Fächern dauernd auf der Höhe bleiben und die in schwieriger liegenden Fällen ihnen helfen muß. In ähnlicher Weise löst sich auch allmählich der Zwiespalt der Meinungen hinsichtlich der Mitwirkung der Hebammen bei der Säuglingsfürsorge. Der Entwurf des Preußischen Hebammengesetzes umreißt in § 11 die Pflichten der Hebamme wie folgt: „Sie hat insbesondere folgende Berufspflichten zu erfüllen:

a) Beratung der Schwangeren und Ausübung der Geburtshilfe,
b) Versorgung der Wöchnerinnen und neugeborenen Kinder,
c) Förderung der natürlichen Ernährung der Säuglinge,
d) Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses."

Schon die Hebamme soll das Verantwortungsgefühl der Mutter wecken, das eine zu weit greifende Fürsorge nur allzuleicht töten könnte. Ihre Mitwirkung in der Mütter- und Säuglingsberatung ist unerläßlich.

Die Gesetzgebung ist, wie dieses Beispiel schon zeigt, auch weiter nicht zurückgeblieben. Der preußische Minister für Wohlfahrtspflege, dem annoch das Gesundheitswesen untersteht, hat mit Erlaß vom 20. August 1920 betr. Mütter- und Säuglingsfürsorge, durch Erlaß vom 20. Oktober 1920 betr. Vorschriften über die staatliche Prüfung von Wohlfahrtspflegerinnen und Richtlinien für die Ausführung der Vorschriften, durch Erlaß vom 19. Juli 1921 betr. Vorschriften über die staatliche Prüfung für Krankenpflegepersonen wichtige Grenzgebiete der Säuglingsfürsorge bereinigt. Recht brauchbar als Vorbilder sind der „Entwurf einer Hausordnung und eines Reglements für Schweizer Krippen" [10]) und die Hamburger „Vorschriften für die Einrichtung und den Betrieb von Krippen, Warteschulen und Kindergärten" (Amtl. Anzeiger Nr. 44 vom 18. Februar 1922) einschließlich der Vorschriften für ärztliche Maßnahmen zwecks Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten.

Der Ausbau der staatlichen Aufsicht ist um so dringlicher, als sowohl die offene wie die geschlossene (Anstalts-) Säuglingsfürsorge durch die Not der Zeit mehr und mehr der staatlichen Unterstützung anheimgefallen sind. Alle karitativen Einrichtungen sind in schwerster Bedrängnis. Nicht dankbar genug kann ihre bisherige oft bahnbrechende Arbeit begrüßt werden. Ihre Verstaatlichung oder Kommunalisierung ist zwar nicht immer und überall die richtige Lösung, Staat und Gemeinde sollten jedoch wenigstens helfend eingreifen. Schoedel [14]) weist mit Recht darauf hin, daß auch die Aufgaben der Frauenvereine sich geändert haben. Nicht mehr so wie früher können sie sich gleichsam als Unternehmer in den Dienst der Säuglingsfürsorge stellen, vielmehr wird ihre Aufgabe jetzt darin bestehen, Arbeitskräfte für den Fürsorgerinnenberuf zur Verfügung zu stellen und deren Anfangsvorbildung zu fördern (soziale Schulung u. a.). „Ich gestehe", sagt Schoedel, „daß ich als Unternehmer die Frauenvereine liebe, als Mitarbeiter das Frauenvereinsmitglied zwar nicht gerade hasse, aber doch wenigstens — ich will mal sagen — erst mal vorsichtig von der Seite beobachte. Denn zur Mitarbeit gehört nicht immer nur der gute Wille und das gute Herz, dazu gehören auch Fachkenntnisse, die in schwerer Lern- und Ausbildungszeit erworben sein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wollen." Darauf kommt es eben an! — Der verschärften verständnisvollen Staatsaufsicht redet auch Schlossmann[10]) das Wort. Er warnt vor „überflüssiger Internierung in Anstalten", vor einer Überschätzung des darin liegenden Nutzens, indem er aus seinem eigenen Arbeitsgebiete statistisch die großen Gefahren des Anstaltsaufenthaltes für Säuglinge erhärtet. „Nur wenn die Anstalten nach jeder Richtung in bezug auf ärztliche Überwachung und Versorgung, sowie in bezug auf Pflege und Wartung den höchsten Anforderungen entsprechen, können sie vom gesundheitlichen Standpunkte aus einigermaßen als vollwertiger Ersatz häuslicher Verpflegung gelten." Werden solche Heime, wie es oft geschieht, zu Krankenanstalten, als welche sie nicht genehmigt sind, so muß ihnen streng zu Leibe gegangen werden. Diesen Verhältnissen müssen die Medizinalbeamten ihre ganze Aufmerksamkeit widmen. Dort, wo sie noch nicht bestehen, müssen Bestimmungen über die Führung solcher Anstalten erlassen werden. Hierbei und bei den örtlichen Besichtigungen möge der Rat des Facharztes nicht ausgeschaltet bleiben! In gleicher Weise muß die Aufmerksamkeit der Amtsärzte immer wieder auf das Ammenwesen[15]) und auf die große Gefahr der syphilitischen[16]) Durchseuchung der Bevölkerung hingewiesen werden, die schwerer wiegt als alle anderen übertragbaren Krankheiten. Amerikanische Ärzte schätzen dort 10 Proz. aller Ehen und 75 Proz. ihres Nachwuchses als syphilitisch ein. Ist es bei uns besser? — Wie viele Fälle von Früh- und Fehlgeburten, von Lebensschwäche und angeborenen Bildungsfehlern haben darin ihren Grund. Wahrlich ein weites und lohnendes Feld vorbeugender Aufklärungsarbeit! —

Wie schwer einzelne Säuglingsanstalten leiden, das zeigt der Fehlbetrag von über 1 Million Mark im Rechnungsjahre 1920/21 beim Auguste-Victoria-Haus in Charlottenburg[17]), der nur durch reiche Spenden des In- und Auslandes gedeckt werden konnte. Es ist ein ernstes Zeichen der Zeit, daß eine weitere Einschränkung des Betriebes, ja ein zeitweiliger Schluß der Anstalt erwogen werden mußte. Der wissenschaftlichen Forschung den sozialhygienischen Arbeiten in Kursen, Vorträgen, Wanderausstellungen, der Ausbildung von Säuglingsschwestern und -fürsorgerinnen, der weitverzweigten Organisationsarbeit der Säuglingsfürsorge im ganzen Deutschen Reiche würde damit ein schwerer Schlag versetzt. Dahin darf es nicht kommen. In Hamburg, um ein Beispiel für vielleicht viele zu geben, hat das seit Jahrzehnten aus privaten Mitteln gegründete und versorgte Kinderhospital nur dadurch erhalten werden können, daß es dem nahegelegenen Allgemeinen Krankenhaus St. Georg als Säuglings- und Kleinkinderabteilung angegliedert wurde, eine andere seit 18 Jahren segensreich, wenn auch viel befehdet, dort gemeinnützig arbeitende Einrichtung für notleidende und kranke Säuglinge, die „Milchküchen der Patriotischen Gesellschaft", haben am 1. Juli 1922 ihre Tore schließen müssen, weil die Betriebskosten nicht mehr zu erschwingen waren und die Gesundheitsbehörde ihre Hilfe versagte. Ein Wiederaufbau solcher Organisation ist ausgeschlossen. Wir wollen aber zuversichtlich hoffen, daß die Säuglingsfürsorge bei tatkräftiger Mithilfe aller Beteiligten nicht stillsteht, sondern ihren schönen schweren Aufgaben immer besser auch auf neuen Wegen gerecht werden wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur.

[1]) Prof. Dr. H. Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Zweite vollständig umgearbeitete Auflage. 1921. 140 M.
[2]) Prof. Dr. W. Birk, Leitfaden der Kinderheilkunde. 2 Teile, vierte verbesserte Auflage. 1921.
[3]) Prof. Dr. H. Langstein und Prof. Rott, Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes. 1922.
[4]) Prof. Dr. E. Galewsky und Dr. L. Halberstädter, Hautkrankheiten und Syphilis im Säuglings- und Kleinkindesalter. Ein Atlas. Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt, Dresden 1922.
[5]) Dr. O. Köhler (mit Vorwort von Prof. Thiemich), Der Säugling, seine Entwicklung, Pflege und Ernährung. 3. Aufl. 1922 (Verlag S. Hirzel).
[6]) Prof. Dr. R. Hecker und Oberschwester B. Woerner, Lehrbuch der Säuglingspflege. München, Verlag von Fr. Hanfstängl. 5 M.
[7]) Dieselben, Das Kind und seine Pflege. München, Verlag von Fr. Hanfstängl. 5,50 M., für soziale Vereine Ermäßigung.
[8]) Dr. R. Moll, Ratschläge für Pflege und Ernährung des Säuglings. Veröffentlichungen des Volksgesundheitsamtes. Wien 1919.
[9]) Dr. E. Neter, Die Pflege des Kleinkindes. München, Verlag von Otto Gmelin, 1921. Ladenpreis 15 M.
[10]) Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz. Berlin, Verlag von Georg Stilke.
[11]) Zeitschrift für soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen. Berlin, Verlag Kriegerdank, G. m. b. H.
[12]) Zeitschrift für Medizinalbeamte usw. Berlin, Verlag von Fischers mediz. Buchhandlung (H. Kornfeld).
[13]) Zada Keifer, System of follow up work for Tbc., Publ. Health. Journal, XIII, 6, p. 251—258. 1922.
[14]) Dr. J. Schoedel (Chemnitz), Frauenvereine und Säuglingsfürsorge. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. XIV, 2, S. 57 (185). Berlin, Verlag von Rich. Schoetz, 1921. 13,50 M.
[15]) Leopold Moll, Zur Regelung des Ammenwesens. Wiener med. Wochenschrift 1922, Nr. 3 (Ref. D. M. W. 1922, Nr. 18, S. 609).
[16]) Public Health Reports. Washington 1921. Septb. 23.
[17]) Bericht des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit usw. für das 12. Geschäftsjahr 1920/21 (Selbstverlag).
[18]) Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, 42. Jahrg. 1921/22. Berlin W 35, Verlag für Politik und Wirtschaft, 1922.

Besprechungen.

Bericht der Verhandlungen des bevölkerungspolitischen Kongreß (sollte heißen Kongresses!) der Stadt Köln vom 17. bis 21. Mai 1921. Herausgegeben vom Gesundheitsfürsorgeamt (warum nicht Gesundheitsamt?) der Stadt Köln. 472 S. 20 M.

Den Inhalt der hier niedergelegten Vorträge und Aussprachen mehr als andeutungsweise wiederzugeben ist unmöglich. Man hat den Eindruck, daß alle Redner sich äußerster Kürze befleißigten. Sie betrafen Bevölkerungsprobleme als Weltanschauungsfrage, soziale Einflüsse auf die Familienbildung, Erblichkeitsforschung, keimendes Leben, Geschlechtskrankheiten, Prostitution, Jugendwohlfahrtsgesetze, Wohnung und Siedlung, Ausgestaltung der bevölkerungspolitischen Gesetzgebung. An konfessionellen Entgleisungen fehlte es nicht ganz, auch nicht an statistischen. So hat die bekannte Frau Fürth herausgebracht, daß von 56 schwangeren Poliererinnen, die im Beruf verblieben, 34 abortierten, von 43 einige Monate vorher aus der Arbeit ausgetretenen, keine. Selbstverständlich, wenn der Austritt erst nach der Zeit des Auftretens von Fehlgeburten zu erfolgen pflegt. Der Angriff auf die Gefährlichkeit der Statistik ist also von Frau Fürth nicht sehr glücklich illustriert, die Bezugnahme auf die Leipziger Ortskrankenkassenstatistik ist aber auch sonst gefährlich, wenn man die Entstehung ihrer Zahlen nicht technisch nachprüft. Im ganzen aber wird man beim genaueren Durchlesen dieser Verhandlungen ein erfreuliches Bild ernster Arbeit und ernsten Willens und fruchtbare Anregungen erhalten. Weinberg (Stuttgart).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Heinrich Viktor Klein. Krankheit, Vererbung und Ehe. 243 S. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, Verlags-Nr. 2666, 1921. 30 M.

Es handelt sich um eine gemeinverständliche Darstellung der Beziehungen zwischen Krankheit einerseits und Vererbung andererseits. Als solche ist sie wohl geeignet, dem Leser einen gewissen Eindruck von der Bedeutung dieser beiden Faktoren zu liefern. Die Literatur, auf Grund deren der Autor mit mäßiger Darstellungsgabe die einschlägigen und akzessorischen Kapitel behandelt hat, muß aber als dürftig und unvollständig bezeichnet werden. Von einer Reihe von Autoren sind nur ganz nebensächliche Arbeiten angeführt. Mit dem populären Werk von Muckermann kann sich dieses Buch daher nicht messen. Der auffallend billige Preis wird ihm eine gewisse Verbreitung zweifelsohne sichern, aber eine Tiefenwirkung ist von ihm nicht zu erwarten. Bei den großen Kosten der Beschaffung notwendiger Bücher wäre eine Einschränkung des Druckes entbehrlicher sehr zu wünschen. Notwendig sind nur solche, die Neues oder das Alte in besserer Form bringen. Das kann hier nicht festgestellt werden. Weinberg (Stuttgart).

Jahresbericht 1921 des Vereins „Landaufenthalt für Stadtkinder". Berlin, Max Lichtwitz.

Dem Bericht des Vereins für das Jahr 1921 sind die Satzungen, die Zusammensetzung des Vereins und ein Verzeichnis der Provinzstellen und Landeszentralen, sowie der im Rahmen der Reichsorganisation zugelassenen Hauptvermittlungsstellen für die Unterbringung von Kindern im Auslande vorangestellt. Aus dem Bericht selbst ist folgendes Wissenswerte zu entnehmen:

Das Ergebnis der Vereinstätigkeit im Jahre 1921, mit dem der Verein das fünfte Jahr seines Wirkens beschloß, war ein recht befriedigendes. Auch jetzt noch ist die Weiterführung des Unternehmens eine Notwendigkeit, da bekanntlich die Unterernährung der Kinder in Deutschland noch keineswegs behoben ist. Die Durchführung des Unternehmens geschah nach den bisher geltenden Grundsätzen. Die Untersuchung der Kinder ist nach wie vor den beamteten Ärzten und den Schulen überlassen. Namentlich sollen mehr als bisher Kinder aus den höheren Schulen, die dem Mittelstand entstammen, berücksichtigt werden, was man durch Ausnutzung von alten militärischen Anlagen, Übungsplätzen, Flugplätzen usw. zu erreichen hofft. Die Dauer des Landaufenthaltes wird auf möglichst 2 bis 3 Monate festgesetzt, bedeutende Fahrpreisermäßigung durch Verträge mit den Eisenbahnen und Schiffsreedereien erlangt. Das Ergebnis der Unterbringung wurde durch Fragebogen ermittelt. Allein in Preußen konnten 1921 gegen das Vorjahr 17 000 Kinder mehr untergebracht werden, wovon der Hauptanteil auf die Provinzen Ostpreußen und Pommern fiel. Die Hebung der Stellenzahl ist dem Umstande zuzuschreiben, das zwölf ostpreußische Kreise, die 1921 wegen der unruhigen politischen Verhältnisse nicht erfaßt wurden, dieses Jahr wieder belegt werden konnten. Auch durch den Ausbau von „Heimen" konnten wesentlich mehr Kinder untergebracht werden. So wurden auf dem Truppenübungsplatz Heuburg i. Baden 15 000, im Erholungsheim Wöllershof bei Neustadt a. d. Waldnab 3000 Kinder aus allen Teilen Deutschlands aufgenommen. Im sächsischen Kinderheim Wiek auf Rügen befanden sich 6 Wochen lang 2557 Kinder, die ihren Landaufenthalt mit einer durchschnittlichen Gewichtszunahme von 2,5 kg verlassen konnten. Auf Usedom und Wollin wurden in neu gegründeten „Heimen" etwa 8000 Kinder versorgt. Die Aufnahmefreudigkeit der Bevölkerung wurde durch gezahlte Prämien, welche vom Deutschen Roten Kreuz und Auslandsmitteln zur Verfügung gestellt wurden, wesentlich gehoben. Es wurden dafür insgesamt 1 104 256 M. bezahlt. Im Harz konnten in den Orten Wernigerode, Harzburg und Lauterberg 130 oberschlesische Kinder aus Mitteln des „Oberschlesischen Hilfswerks" der Erholung teilhaftig werden.

In bezug auf österreichische Kinder steht der Verein auf dem Standpunkte, daß diese nicht unterstützt werden dürfen, solange die Not der deutschen Kinder das Freihalten der Plätze für diese erheischt. Die Unterbringung im Auslande ist mit Ausnahme der Schweiz, für welche die „Schweizer Fürsorge für deutsche Kinder" die Unterbringung selbst regelt, leider zurückgegangen. 1921 wurden im Auslande 21 191 gegen 36 083 Kinder im Vorjahre untergebracht. Lehmann (Jena).

Karl Greimer. Handbuch des praktischen Desinfektors. Ein Leitfaden für den Unterricht und ein Nachschlagebuch für die Praxis. Zweite verm. u. verb. Aufl. Dresden und Leipzig, Theodor Steinkopff, 1922. 197 S. und 8 Tafeln. 45 M.

An der Einteilung des Stoffes der zweiten Auflage des bekannten und bewährten Buches ist im großen und ganzen nichts geändert. Es enthält in Frage- und Antwort-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

form alles das, was der angehende Desinfektor im Unterricht zu hören bekommt und was er für die Praxis braucht. Neben diesen groß gedruckten Abschnitten ist zur weiteren Orientierung und eingehenderem Studium in klein gedruckten Abschnitten Gelegenheit geboten. Die neue Auflage ist ergänzt durch einige Abbildungen — welche wohl aus dem Hygienemuseum Dresden stammen — und welche die Verbreitungsweise der Infektionskrankheiten anschaulich machen sollen. Insbesondere sind die Tafeln, die bildlich die Verbreitung der Pocken darstellen, glücklich gewählt und gut wiedergegeben, was bei den übrigen Bildern nicht ausschließlich der Fall ist.

Ich würde es begrüßen, wenn bei dem Kapitel über „Raumdesinfektion" den Hörern die Möglichkeit, sich in der Praxis hin und wieder durch die Sporenfädenmethode von der Wirkung ihrer Desinfektionsmaßnahmen zu überzeugen, vor Augen geführt würde. Durch Vorführung eines Sporenprüfungsapparates wird ihnen auch klar, weshalb sie in einem zu desinfizierenden Zimmer die Schubläden der Tische öffnen, die Kleider und Betten ausbreiten sollen usw. Ich lehre in den Thüringer Desinfektorenkursen die Verwendung von Sporenfädenpäckchen und fordere die Schüler auf, bei Bedarf solche Päckchen vom Hygienischen Institut Jena anzufordern und zur Kontrolle wieder einzusenden, wovon oft Gebrauch gemacht wurde, ein Zeichen dafür, daß es den Desinfektoren erwünscht ist, sich ab und zu von der richtigen Wirkung ihrer Maßnahmen zu überzeugen. Ferner wäre es m. E. vorteilhaft, wenn dem Buche ein Abschnitt über die Geschichte der Infektionskrankheiten und der Desinfektion — natürlich in kurzer und für den Laien verständlicher Form — eingefügt würde, zumal sich in letzter Zeit (wenigstens in Thüringen) immer häufiger Schwestern der Ausbildung in der Desinfektion unterziehen.

Anläßlich der neuen Desinfektionsvorschriften sind die einschlägigen Kapitel des Buches umgearbeitet oder erweitert worden. Möge der neuen Auflage des sowohl für Unterrichtszwecke als auch als Nachschlagewerk gleich wertvollen Buches eine günstige Aufnahme beschieden sein! Lehmann (Jena).

Ickert. Über den Wert der Typhusschutzimpfung, ermessen an dem Typhus in den Regierungsbezirken Stettin und Köslin. Veröffentl. aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, 15. Bd., 4. Heft.

Ickert hat einen Unterschied der Typhuserkrankungen bei Geimpften und Nichtgeimpften an seinem Material für das Jahr 1919 gefunden. Als geimpft sieht er alle zwischen 19 und 48 Jahre alten Männer an. Unter Berücksichtigung aller möglichen Fehlerquellen (absolute Verringerung der Zahl der Männer nach dem Kriege u. a.) kommt er zu dem Ergebnis, daß die Morbidität bei den Nichtgeimpften 1919 dieselbe war wie vor dem Kriege, bei den Geimpften nur den fünften Teil betrug (zu ähnlichen Feststellungen sind französische Autoren, Dopter, Chauffard u. a., gekommen. Ref.). Ickert setzt sich dann mit den von Friedberger gegen die Typhusschutzimpfung gemachten Einwendungen auseinander und glaubt sie widerlegen zu können. Er ist der Überzeugung, daß die Typhusschutzimpfung neben all den bisherigen Maßnahmen zur Typhusbekämpfung in das Rüstzeug des praktischen und beamteten Arztes übergehen muß. Hage (Jena).

W. Beyli. Fragen der Wohnungspolitik. 37 S. Aarau, Sauerländer & Co., 1919. 5 M.

Aus der kleinen Schrift ist ersichtlich, daß in der Schweiz dieselben Wohnungsschwierigkeiten bestehen wie bei uns. Auch die Maßnahmen, die dagegen empfohlen werden, sind die gleichen wie in Deutschland. Mieterschutz, Beschränkung des Zuzuges von Ausländern und der Freizügigkeit können auf die Dauer keine Abhilfe schaffen, vielmehr ist dazu eine geregelte Bautätigkeit unter Ausschaltung der Spekulation nötig. Hierzu ruft Verf. alle in Betracht kommenden Stellen, Gemeinde, Staat, Genossenschaften auf. Es folgt eine Übersicht über das bisher in der Schweiz erreichte. Dem Schriftchen sind eine Reihe recht netter Abbildungen verschiedener neuerrichteter Schweizer Wohnhäuser beigefügt. Korff-Petersen (Berlin).

Prof. Dr. A. Nissle, Freiburg i. Br. Richtlinien und Vorschläge für einen Neuaufbau der Kräfte und Leistungen unseres Volkes. Freiburg i. B., Verlag von Emil Gross. 35 S.

Nissle bezeichnet als Ziel unserer Politik nach den Schäden des Krieges die dauernde Sicherung der Unabhängigkeit, Existenzmöglichkeit und Geschlossenheit des Staates und seiner Bevölkerung. Als Hauptmittel zur Erfüllung der Aufgaben sieht er die Erhaltung einer ausreichenden Wehrkraft im weiteren Sinne, die allen bevölkerungspolitischen und wirtschaftlichen Maßnahmen übergeordnet bleiben müsse. Zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diesen besonderen Maßnahmen rechnen: intensivere Bewirtschaftung auf allen Gebieten, qualitative Bevölkerungspolitik, Besiedelung und Urbarmachung der Ödländereien, Erziehung zum Pflichtbewußtsein, Bekämpfung des Luxus, u. a. m.

Die Schrift verdient volle Beachtung; mag man auch in Einzelfragen anderer Ansicht sein, in den Grundzügen wird man dem Verf. nur durchaus zustimmen.

Solbrig (Breslau).

Dr. G. B. Gruber-Mainz. Über Gesittung, Alkoholismus und Geschlechtsleben. Göttingen, Verlag von Vandenhoek & Ruprecht, 1921. 48 S. Preis brosch. 4 M.

Die kleine Schrift, zu den „Flugschriften für Deutschlands Jugend: Gesundheit und Kraft" gehörig, ist eine vortreffliche Darstellung und ernste Mahnung für jeden, dem es zu tun ist um die Gesundheit des deutschen Volkes nach seiner Erniedrigung. Sie wendet sich besonders an die reifere Jugend. Elterliche Ehrfurcht, Hingabe an den Beruf, Verantwortlichkeitsgefühl sollen wieder Platz greifen. Im besondern werden die Alkoholgefahren und die Geschlechtskrankheiten dem Leser vor Augen geführt.

Solbrig (Breslau).

Dietrich und Lennhoff. Ausgewählte Kur- und Badeorte Österreichs und Bayerns. Bericht über die 25. Studienreise des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 15, Heft 5.

Die ärztlichen Studienreisen in Kur- und Badeorte haben sich von jeher großer Beliebtheit erfreut und sich, wie man sagen kann, zu einem Bedürfnis entwickelt. Der Andrang zu dieser 25. Studienreise war besonders groß, so daß weit über 100 Kollegen zurückgewiesen werden mußten. Die letzte Reise ging nach Bayern und Österreich. Es wurden hauptsächlich die folgenden Kur- und Badeorte besucht: Ischl, Hall, Gmunden, Reichenhall, Gastein. Aus dem interessanten Bericht geht hervor, daß viel Schönes gezeigt und besichtigt wurde, die Teilnehmer mit den für die einzelnen Kurorte spezifischen Heilanzeigen und Eigentümlichkeiten bekannt gemacht wurden und dabei Gelegenheit hatten, in Naturgenüssen zu schwelgen und geselligen Verkehr zu pflegen.

Solbrig (Breslau).

Caesar. Über die Verbreitung der Trichinose in Deutschland während der Jahre 1910 bis 1913, getrennt nach Stadt und Land, mit besonderer Berücksichtigung der durch den Krieg bedingten Veränderungen der Fleischversorgung. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 15, Heft 4.

Im ganzen sind während der Berichtszeit 550 Erkrankungen an Trichinose mit einer Mortalität von 7,6 Proz. in Deutschland bekannt geworden. Während des Krieges stieg die Erkrankungsziffer auf das doppelte der Friedenszahlen. Epidemien waren in den Kriegsjahren 36 gegenüber 8 vor dem Kriege. Die größte Epidemie war in Dresden 1919 mit fast 50 Erkrankungen. Die Verbreitung der Trichinose, nach Stadt und Land getrennt, zeigt während des Krieges fast das umgekehrte Bild wie in Friedenszeiten: 80 Proz. aller Fälle während des Krieges in den Städten, auf die in den 5 Jahren vor 1914 nur 5 Erkrankungen entfielen. Die Ursache bildeten besonders der Schleichhandel und die aus Rußland bezogenen Fleischwaren. Die meisten Erkrankungen hatte der Regierungsbezirk Posen mit 110 Fällen.

Solbrig (Breslau).

Korach. Über die Kommunalisierung der Prostituiertenfürsorge in Berlin. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 15, Heft 6.

Die Stadtgemeinde Berlin hat einen Organisations- und Geschäftsplan des Jugendamtes bekanntgegeben, wonach ein Prostituiertenpflegeamt in das Berliner Jugendamt eingegliedert werden soll. Verf. wendet sich mit durchaus überzeugenden Gründen gegen diese Angliederung. Er fordert aus Gründen sozialhygienischer, sozialpsychologischer und soziologisch-ökonomischer Art die Angliederung des Prostituiertenpflegeamts an das Hauptgesundheitsamt, wobei durchaus eine Mitarbeit des Jugendamtes erwünscht ist. Aus verschiedenen Gründen, unter denen auch die Wünsche der Prostituierten eine Rolle spielen, kommt als Leiter eines Prostituiertenpflegeamts ein geeigneter Arzt, unterstützt von Fürsorgerinnen, in Frage, ob männlich oder weiblich ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Über die Einzelheiten einer sachgemäßen Fürsorge werden weitere Angaben gemacht, wobei der Standpunkt vertreten wird, daß eine Loslösung von der Polizei geboten ist. Trotz mancherlei Schwierigkeiten ist es dringend not, in Berlin eine großzügige Prostituiertenfürsorge ins Leben zu rufen.

Solbrig (Breslau).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bericht über die Tätigkeit der Wutschutzabteilung am Hygienischen Institut der Universität Breslau vom 1. April 1918 bis 31. März 1920. Von Dr. Loewenhardt und Dr. Lubinski. Übersicht über die in Preußen im Jahre 1919 bekannt gewordenen Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. 14. Bd., Heft 4. 37 S. Berlin, Rich. Schoetz, 1921. Brosch. 8 M.

In den Berichtsjahren wurden in Breslau 394 Personen nach Pasteur behandelt. Das letzte Jahr brachte eine merkliche Steigerung. Trotz Impfung starben vier Patienten, drei davon an echter Lyssa.

In Preußen überhaupt wurden im Jahre 1919 402 Personen als gebissen durch tolle oder tollwutverdächtige Tiere gemeldet. Die Zahl ist mit Ausnahme der Kriegsjahre erheblich gesteigert. Neun von den verletzten Personen erkrankten und starben an Tollwut, davon vier trotz vorangegangener Schutzimpfung.

Die hohe Zahl der Bißverletzungen durch tollwütige Tiere zeigt die Gefahr und mahnt zu größerer Vorsorge gegenüber den Hunden. Solbrig (Breslau).

Dr. Carl Strehl. Die Kriegsblindenfürsorge. Ein Ausschnitt aus der Sozialpolitik. Berlin, J. Springer, 1922. 39 M.

Im ersten theoretischen Teil wird bewiesen, daß die Blinden-, insbesondere die Kriegsblindenfürsorge, ein Abschnitt der Sozialpolitik ist. Hier finden sich wertvolle Hinweise auf die Entwicklung des Armenwesens, der Sozialpolitik und der öffentlichen Wohlfahrtspflege, die von allgemeiner Bedeutung sind. Der zweite Teil schildert historisch den Aufbau der allgemeinen Blindenfürsorge, zeigt die Mittel und Wege auf, die Gesellschaft und Staat gewählt haben, um einem „Blindenelend" durch freiwillige und gesetzliche Maßnahmen abzuhelfen und vorzubeugen. Im dritten Teil werden die Ergebnisse der praktischen Kriegsblindenfürsorge geschildert. Eingehend werden die möglichen Berufe, die Notwendigkeit einer psychotechnischen Berufsberatung, die Fragen des Arbeiterschutzes, der Renten, der Rentenkürzung und des Arbeitslohnes abgehandelt. Im Ausblick werden künftige Ausbaumöglichkeiten der Blindenfürsorge gestreift und ein künftiger Blindenausschuß, eine „Blindenwohlfahrtskammer" geschildert. Wer sich mit der Blindenfürsorge beschäftigt — es kommen in Deutschland rund 38 000, davon 3000 Kriegsblinde in Frage —, wird das sorgfältige umfassende Buch immer wieder zur Hand nehmen. Darüber hinaus wird jeder Aufklärung und Anregung zur weiteren Ausgestaltung der Blindenfürsorge finden.
Dresel.

Bericht über die zweite Tagung über Psychopathenfürsorge in Köln am 17. und 18. Mai 1921. Berlin, J. Springer, 1921. 15 M.

Zehn Vorträge behandeln die Einordnung der Psychopathenfürsorge in die Jugendwohlfahrtspflege mit Berücksichtigung der Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Pädagoge, der Kleinkinder-, Schulkinder und Schulentlassenenfürsorge, der Ermittlung und Schutzaufsicht, der wandernden Jugendlichen, der Beobachtungs- und Verteilungsstationen, der pädagogischen Behandlung der psychopathischen Anstaltszöglinge und Anstaltserziehung der Psychopathen. Gefordert wurden überall sachverständig geschulte Zentralberatungsstellen, eingegliedert in die Jugendwohlfahrtspflege und Ausbildung von Helfern für die Psychopathenfürsorge. Über die zweckmäßigste Art und Organisation der Beobachtungsheime gingen die Ansichten noch auseinander. Mit Rücksicht auf die zunehmende Gefährdung der jugendlichen Psychopathen gibt der Tagesbericht einen guten Überblick über Zustand und künftig notwendigen Ausbau der Psychopathenfürsorge. Dresel.

Dietrich. Das Bäderwesen im besetzten Rheinland. Veröff. a. d. Geb. der Medizinalverwaltung, 15. Bd., Heft 1. Berlin, R. Schötz, 1922. 118 S.

Das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen hat im Frühjahr 1921 eine Reise zum Besuche einer Reihe rheinischer Badeorte veranstaltet. Über ihren Verlauf und die besuchten Bäder berichtet der Verfasser. In einer Zeit, wo die verständliche Neigung bei den Ärzten besteht, den Besuch von Bädern im besetzten Gebiet den Kranken weniger zu empfehlen, ist es besonders dankenswert, wenn dargetan wird, welche Heilschätze und welche Schönheiten gerade in diesen Bädern dem deutschen Volke zur Verfügung stehen. V. Ludwig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Volksernährung. Veröffentl. aus dem Tätigkeitsbereich des Reichsministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Heft 1. Das Brot. Von R. O. Neumann (Bonn). Heft 2. Nahrungsstoffe mit besonderen Wirkungen. Von E. Abderhalden (Halle a. S.). Berlin, J. Springer, 1922. 27 und 9 M.

Der Reichsminister für Ernährung und Landwirtschaft hat neben anderen Maßnahmen — wie der Bildung eines Reichsausschusses für Ernährungsforschung — die Herausgabe wissenschaftlicher Beiträge über Ernährungsfragen in die Wege geleitet. Es sollen dadurch „die wissenschaftlichen Kreise und die Öffentlichkeit für die Probleme der Volksernährung interessiert" werden. Der Gedanke, der dem Volksernährungsminister suggeriert ist — er selbst versteht als Parteipolitiker ja von den Ernährungsfragen wohl nicht eben viel —, ist zweifellos gut. Man wird ohne weiteres anerkennen müssen, daß in dem Zustande der deutschen Volksernährung noch sehr vieles im argen liegt. Nicht nur die Inlandsproduktion muß nach bestimmten Richtungen erhöht, es muß auch mit den vorhandenen Nahrungsmitteln sparsam und pfleglich gewirtschaftet werden, das Volk muß besser als bisher über zweckmäßige Wahl und Zusammensetzung der Kost unterrichtet werden, und viele wissenschaftliche Fragen sind noch zu lösen.

Die ersten beiden Hefte der gedachten Veröffentlichungen können, wenn sie in die richtigen Hände gelangen und Beachtung finden, sicher schon viel Nutzen stiften.

Die Arbeit von R. O. Neumann über das Brot ist eine sehr vollständige, bei aller Wissenschaftlichkeit allgemein verständliche Monographie dieses wichtigsten Nahrungsmittels. Der Verf. hat es trefflich verstanden, von der Geschichte des Brotes ausgehend, dessen Bereitung und seinen Wert als Nahrungsmittel in allen seinen verschiedenen Erscheinungsformen anschaulich und fesselnd zu schildern. Sogar die ganze Ernährungslehre findet sich in großen Zügen abgehandelt, so daß das Heft zugleich eine grundlegende Einleitung für die weiteren Veröffentlichungen der Reihe abgibt. Auch der Laie kann sich daraus ein Bild machen, welche Vorteile und Nachteile Weißbrot und Schwarzbrot sowie die vielen, oft mit starker Reklame empfohlenen neuen Brotarten (Steinmetz-, Klopfer-, Simonsbrot usw.) darbieten.

Nicht minder wertvoll ist die Abhandlung von Abderhalden über die Vitamine. Man kennt die Kunst des Verf., solche schwierigen wissenschaftlichen Dinge gemeinverständlich und interessant darzustellen. In dem vorliegenden Hefte zeigt er sich in dieser Kunst ganz auf der Höhe und vermittelt so auch dem ganz Unbewanderten in leicht faßlicher Weise das für den allgemein Gebildeten Nötige an Wissen über die Bedeutung der Ergänzungsstoffe in der Nahrung. Abel.

Kolle-Hetsch. Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1922. 6. Aufl. 1. Bd. 636 S., 41 Tafeln, 79 Abbild., 7 Karten.

Es ist für den Hygieniker jedesmal eine Freude, wenn er eine neue Auflage des Handbuches von Kolle-Hetsch vor sich sieht. Weiß er doch, daß er in diesem Werke in gedrängter, aber alles Wichtige erschöpfender und bis in die neueste Zeit ausgeführter Durcharbeitung den Stand des heutigen Wissens über die Infektionskrankheiten und deren Bakteriologie wiedergegeben findet. Die neueste Auflage, die verschiedene, wohlbegründete Änderungen in der Anlage aufweist, macht ihren Verfassern wiederum alle Ehre. Sie wird sich, wie die vorausgehenden, in der theoretischen und praktischen Lehre von den Seuchen als unentbehrliches Rüstzeug erweisen. Abel.

Grober (unter Mitwirkung von Dietrich und zahlreichen Mitarbeitern). Das deutsche Krankenhaus. 2. Aufl. 932 S., 391 Abbild. und Tafeln. Jena, G. Fischer, 1922. Brosch. 300 M., geb. 360 M.

Nach 11 Jahren neu erscheinend, soll das Buch dem Vaterlande wie dem Auslande zeigen, daß auch das Gebiet des Krankenhauswesens ein Feld ist, auf dem Deutschland wie in tausend Kulturaufgaben an der Spitze der Welt marschiert. In der Tat genügt schon ein Durchblättern des Buches, um dem Interessenten darzutun, wie außerordentlich die deutschen Leistungen im Krankenhausbau und Krankenhausbetrieb sind. Je mehr man sich aber in die von hervorragenden Fachleuten gelieferten Einzeldarstellungen vertieft, um so wertvoller wird das Buch, weil es für alle Verhältnisse beachtliche Richtlinien entwirft. Soll es doch nicht etwa nur ein den Stolz auf das schon Geschaffene zum Ausdruck bringendes Werk sein, sondern Anleitung und Anregung für fernere Schöpfungen geben. Über Bau, Einrichtung und Betrieb von Krankenanstalten liefert es in jeder Hinsicht wichtige Hinweise. Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Helm. Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung im Frühjahre 1922. Geschäftsbericht des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Berlin, Verlag des Zentral-Komitees, 1922.

Der Bericht bringt in gewohnter Weise wiederum eine Darstellung von der Verbreitung der Tuberkulose in Deutschland 1921 und der gesamten zu ihrer Bekämpfung ergriffenen Maßnahmen. Abel.

Grotjahn und Kriegel. Bibliographischer Jahresbericht über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik über das Jahr 1920. Veröff. a. d. Geb. der Medizinalverwaltung, 16. Bd., Heft 1. Berlin, R. Schötz, 1922. 266 S. 135 M.

Der Bericht bringt die übliche sehr vollständige Übersicht über die einschlägigen Literaturerscheinungen, ohne Angabe des Inhalts, nur unter Anführung der erschienenen Schriften. Ein Anhang fügt die Titel der wichtigsten sozialhygienischen Veröffentlichungen in englischer und französischer Sprache aus den Jahren 1915—1920 hinzu. Abel.

Dritter Jahresbericht des Landes-Gesundheitsamtes über das Gesundheitswesen in Sachsen auf die Jahre 1914 bis 1918. 397 S. Dresden 1921.

Dieser erste von dem neuen Präsidenten des Landesgesundheitsamtes Weber erstattete Bericht umfaßt die Kriegsjahre und ist besonders wichtig wegen der Darstellung der Ernährungsschäden, die sich wohl in keinem deutschen Staate so deutlich und schwer bemerkbar gemacht haben, wie in dem Industrielande Sachsen. Aber auch sonst enthält der Bericht eine Fülle wichtigen statistischen Stoffes und einzelner Beobachtungen, die ihn zu einer bedeutungsvollen Quelle für die Beurteilung der derzeitigen Gesundheitsverhältnisse in Deutschland machen. Abel.

Blätter für Gesundheitsfürsorge. Herausgegeben von der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit. Jährlich 6 Hefte. München, J. F. Lehmann. 30 M. jährlich.

Die seit diesem Jahre neu erscheinenden Blätter für Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von Doernberger und Seiffert in München, sind eine sehr erweiterte Fortsetzung der Blätter für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern. Sie wollen in Zusammenarbeit mit den verschiedenen bayerischen Organisationen zur Förderung bestimmter Zweige der Volksgesundheit in wissenschaftlichen Abhandlungen, durch Literaturberichte, Mitteilungen aus der Praxis und Wiedergabe der gesetzlichen und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen den an der Gesundheitsfürsorge beteiligten Stellen und Personen Unterlagen und Anregungen für ihre praktische Arbeit liefern. Daß dabei in der Hauptsache bayerische Verhältnisse in Betracht gezogen werden, liegt in der Natur der Sache. Abel.

Salomon (Alice) mit S. Wronsky. Leitfaden der Wohlfahrtspflege. 172 S. Berlin und Leipzig, B. G. Teubner, 1921. Geh. 18 M.

In drei Teilen behandelt das Buch zunächst Wesen und Geschichte der Wohlfahrtspflege, sodann die Auswirkungsrichtungen der Wohlfahrtspflege in der Gegenwart (Armen-, Erwerbslosen-, Flüchtlingsfürsorge usw., Gesundheitsfürsorge, Jugendwohlfahrt und Volksbildungswesen, Berufliche Fürsorge) und endlich die Methoden und Kräfte. Man darf sagen, daß das bis auf den geschichtlichen Teil nur deutsche Verhältnisse berücksichtigende Buch recht wohl zur Einführung in den Stoff geeignet ist. Es leidet nicht an Einseitigkeit, sucht vielmehr allen Anschauungen gerecht zu werden. Gelegentliche politische Entgleisungen bleiben künftig wohl besser fort. Abel.

R. Wlassak. Grundriß der Alkoholfrage. 108 S., 2 Abbild. Leipzig, S. Hirzel, 1922. Geh. 60 M.

Das Buch ist ein Sonderabdruck aus dem Handbuch der Hygiene von Rubner, v. Gruber und Ficker. Es bringt das Wesentliche unseres Wissens über die physiologischen und pathologischen Wirkungen des Alkohols in kritischer Form. Bei den Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkohols geht es vom Standpunkte der Abstinenz aus. Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

R. Kraus und P. Uhlenhuth. Handbuch der mikrobiologischen Technik. Bd 1, 1. Hälfte. 532 S., 134 Abbild., 1 Farbentafel. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg. Geh. 750 M.

Die Verff. streben an, in dem auf zwei starke Bände berechneten Werke eine umfassende Darstellung der gesamten mikrobiologischen Arbeitsmethoden zu schaffen. Alle Gebiete, die irgendwie mit der Mikrobiologie zusammenhängen, wie z. B. die Chemotherapie, die Tumorforschung, die Untersuchung der krankheitsübertragenden Insekten, sollen dabei berücksichtigt werden, auch sollen die Stätten der Forschung in ihren allgemeinen Einrichtungen und an einzelnen Beispielen geschildert werden.

Der vorliegende Abschnitt des Werkes bezieht sich auf das Mikroskop und seine Nebenapparate, Photographie, Kinematographie und Projektion, ferner auf die allgemeinen Färbemethoden, die Darstellung der filtrierbaren und unbekannten Virusarten, sowie auf die Sterilisation und Desinfektion. Durchweg von hervorragenden Fachleuten bearbeitet, bildet jedes einzelne Kapitel ein in sich geschlossenes Ganze, aus dem auch der schon Erfahrene noch viel Lehrreiches und für seine Arbeit Nutzbringendes zu entnehmen vermag. Abel.

M. Loewit und G. Bayer. Infektion und Immunität. 550 S., 33 Abbild., 2 Tafeln. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1921. Geh. 960 M., geb. 1200 M.

Ein Lehrbuch, das nach dem Tode des ersten Verfassers von dem zweiten ergänzt und beendet worden ist. Abgeschlossen im Juni 1920 berücksichtigt es den Stand der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiete der Infektion und Immunität bis an die neueste Zeit heran, bringt auch ausführliche Literaturnachweise und darf nach der Art der Darstellung als ein hervorragend zur Einführung in den schwierigen Stoff geeignetes Werk begrüßt werden. Abel.

Ascoli. Grundriß der Serologie. Übersetzt von Hoffmann. 3. Aufl. 272 S., 29 Abbild., 8 Tafeln. Wien und Leipzig, Josef Šafař, 1921.

Das Erscheinen des Buches in mehreren Auflagen spricht für seine Brauchbarkeit. Der durch tüchtige serologische Leistungen bekannte Verf. hat entsprechend seinem Lehrauftrage als Veterinärhygieniker die tierischen Infektionskrankheiten besonders berücksichtigt. Für den Deutschen liegt ein Vorzug des Buches darin, in ihm die Auffassungen eines Ausländers wiedergegeben zu finden. Daß dabei die deutsche Forschung an der Spitze marschiert, ist eine Genugtuung. Sogar die amtliche deutsche Anleitung zur Ausführung der Wassermannschen Reaktion ist im Auszug wiedergegeben. Abel.

Rubner, v. Gruber, Ficker. Handbuch der Hygiene. Bd. 5: Nahrungsmittel. 320 S., 44 Abbild., 1 Tafel. Leipzig, S. Hirzel, 1922. 150 M.

Nach langer Pause ist von dem groß angelegten Handbuch noch ein fünfter Band erschienen. Er umfaßt, aus der Feder verschiedener Mitarbeiter, das Nahrungsmittelwesen einschließlich Märkte, Markthallen, Kühlanlagen und der gesetzlichen Vorschriften über den Lebensmittelverkehr. Abel.

Gesundheitswacht. Gemeinverständliche Schriften zur Pflege der Gesundheit und körperlichen Ertüchtigung des deutschen Volkes. München, Verlag der Gesundheitswacht.

Auf die Belehrungsschriften gesundheitlicher Art, die von dem rührigen Verlag Gesundheitswacht in München herausgegeben werden, sei in Kürze hingewiesen. Es handelt sich teils um Belehrungen in Plakatform, so z. B. über den Gesundheitsschutz des Arbeiters, über die Alkoholschäden und die Geschlechtskrankheiten, teils um Schriften, die hygienische Belehrung ins Volk tragen sollen. Die Verfasser sind bekannte und bewährte Vorkämpfer der öffentlichen Gesundheitspflege. Hindernd für eine weite Verbreitung, wie sie sehr wünschenswert wäre, wird leider der auch für heutige Geldverhältnisse nicht unerhebliche Preis der Veröffentlichungen sein. Abel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

FEB 17 1923 Medical Lib.

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. **Dr. R. Abel**
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 11
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

BRAUNSCHWEIG
DRUCK UND VERLAG VON FRIEDR. VIEWEG & SOHN AKT.-GES.
1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des elften Heftes.

Seite

Über Altersinterpolation bei Kindermessungen und über ein neues Verfahren derselben. Von Prof. Dr. Lampart und Medizinal-Rat Dr. med. et phil. Bachauer in Augsburg. (Mit 3 Abbildungen) . . . 361

Versuch einer Tuberkuloseerkrankungsstatistik für die Stadt Münster während der Jahre 1918/19. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Dr. Friedrich Koester 366

Die Technik der hygienischen Volksbelehrung. Von Medizinal-Rat Dr. G. Seiffert, München 374

Ärzte und Fürsorge für Lungenkranke. Die Entwicklung in Köln vom Beginn der Fürsorge bis heute. [Aus dem Gesundheitsfürsorgeamt der Stadt Köln. Leiter: Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig.] Von Dr. Vonessen, Stadtarzt 387

Besprechungen:

Luther, Mitzlaff, Stein. Die Zukunftsaufgaben der deutschen Städte. (Abel). 396

Einrichtungen auf dem Gebiete der Volksgesundheits- und Volkswohlfahrtspflege im Freistaat Sachsen 1922. (Abel) 396

Kleinere Mitteilungen:

Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch Geschwisterzahl und soziale Lage der Eltern beeinflußt? Dritte Mitteilung . 396

Beiträge werden nur nach dem festen Honorartarif dieser Zeitschrift honoriert.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

1922. Heft 11.

Über Altersinterpolation bei Kindermessungen und über ein neues Verfahren derselben.

Von Prof. Dr. Lampart und Med.-Rat Dr. med. et phil. Bachauer in Augsburg.

(Mit 3 Abbildungen.)

Wir haben im Jahre 1919 in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege[1]) darauf hingewiesen, daß die Kinderwägungen und -messungen einer gründlichen einheitlichen Reorganisation bedürfen. Wir sind auch heute der Ansicht, daß auf diesem Gebiete noch vieles der Besserung bedarf, wenn auch dank den Bemühungen zentraler Stellen seit dem Erscheinen unseres Artikels ein entschiedener Fortschritt nicht zu verkennen ist.

Einen höchst schwierigen Punkt stellt immer noch die Frage dar, in welcher Weise bei der Berechnung der Durchschnittsmaße das Alter zu berücksichtigen ist. Der kleinste Teil der Kinder ist am Meßtage 6 Jahre 0 Monate, 7 Jahre 0 Monate usw. alt. Das Alter der weitaus meisten Kinder des vorhandenen Materials weicht von den vollen Jahren bald in positivem, bald in negativem Sinne um eine mehr oder minder große Anzahl von Monaten ab. Und doch erfordert es die Übersicht und Genauigkeit, die Messungen auf gewisse fixe Zeitpunkte zurückzuführen. Dies geschieht auch fast überall; nur sind die Methoden mehr oder minder zuverlässig.

Die das volle Jahr übersteigenden oder daran noch fehlenden Monate von vornherein als unerheblich wegzulassen, kann natürlich bei Präzisionsmessungen, welche wir streng fordern müssen, gar nicht ernstlich in Frage kommen. Nach unseren Wahrnehmungen beträgt die durchschnittliche jährliche Zunahme des Gewichts 2,1 kg, die der Länge 4,5 cm. Beispielsweise würde also die Vernachlässigung von 3 Monaten den Betrag von 525 g und 1,1 cm ausmachen. Das sind Werte, auf deren Berücksichtigung wir im Interesse der Genauigkeit nicht ohne weiteres verzichten dürfen.

Würdigung verdient schon eher die Annahme, daß sich die Abweichungen bei großen Massen gegenseitig aufheben, da sie bald positiv, bald negativ sind. So bestechend das klingt, so wenig ist damit ein Beweis erbracht. Sieht man genauer zu, so findet man bald, daß dieser auch kaum so leicht zu führen ist; denn er hat zur Voraussetzung, daß sich sowohl die Geburtstage als auch die Meßtage ganz gleichmäßig über das Jahr verteilen. Könnte man dies schließlich bezüglich der Messungen erreichen, was aber wegen der Unterbrechung durch die Ferien auch schon nicht ganz leicht ist, so trifft jene Voraussetzung sicher für die Geburtstage nicht zu, wie jede Statistik erweist. Läßt uns diese Erwägung die

[1]) Heft Nr. 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sache schon fraglich erscheinen, so gibt uns endlich die Erfahrung den Aufschluß, daß die Altersfehler sich gegenseitig nicht aufheben. Bei den sehr sorgfältig unter Berücksichtigung aller Umstände ausgeführten Augsburger Messungen vom Herbst 1919 zeigte sich, daß die Abweichungen des unverbesserten Mittels vom wahrscheinlichen Werte beim Gewicht 0,7 bis 0,9 kg, bei der Länge 0,9 bis 1,7 cm ausmachten. Das sind wiederum Größen, welche sicher nicht mehr unberücksichtigt bleiben dürfen.

Nachdem wir klargestellt haben, daß die das volle Alter überschießenden oder an demselben noch fehlenden Monate bei der Berechnung des Durchschnittswertes einen störenden Einfluß haben, der nicht zu vernachlässigen ist, bleibt noch die weit schwierigere Frage zu beantworten, ob dieser überhaupt ausgeschaltet werden kann und in welcher Weise.

Ausschalten könnte man ihn dadurch, daß jedes Kind an seinem Geburtstage oder wenigstens in der Mitte des Monats gemessen wird, in welchen sein Geburtstag fällt. Man berechnet die Monatsmittel und aus diesen die Sommer- und Winterdurchschnitte. Die Methode ist sehr umständlich, indem sie großen Arbeitsaufwand erfordert, bedeutende Störungen in der Schule veranlaßt und dabei doch nicht alle Kinder zu erfassen vermag, da die Ferienmonate unberücksichtigt bleiben müssen. Wissenschaftlich ist sie einwandfrei, kommt aber nach unseren eigenen Erfahrungen aus den genannten Gründen für den Schularzt für gewöhnlich nicht in Betracht.

Besser wäre es schon, die Altersklassen nach Monaten abzustufen, für jede solche Klasse das Mittel zu berechnen und dann graphisch die Großen für das volle Jahr zu ermitteln. Dieses Verfahren ist nur dann unbedenklich, wenn jede Altersklasse ungefähr gleich viele Kinder zählt. Sonst erhält man graphisch nicht die richtigen Mittelwerte. Auch hier wirkt die ungleiche Verteilung der Geburten auf einzelne Monate behindernd. Größere Schwankungen sind ja sicher unvermeidlich und bringen eine gewisse Unsicherheit mit sich. Immerhin könnte die Methode in Frage kommen, falls die Erfahrung für sie spricht; eine solche liegt jedoch unseres Wissens bis jetzt nicht vor.

Weniger empfiehlt sich die Methode, wie sie Riedel in seiner Inauguraldissertation über die Körperlängen von Münchener Schulkindern darlegt[1]). Riedel berechnete von zwei benachbarten Altersklassen die Differenz der beiden Altersmittelwerte, fernerhin dann für diese Differenz den mittleren Zuwachs an Länge und Gewicht. Hieraus ergab sich dann durch Division pro Monat der mittlere Zuwachs an Länge und Gewicht. Auf Grund des Ergebnisses konnte nun die Reduktion der Körpermaße auf das volle Alter vorgenommen werden. Der Arbeit von Riedel kommt zweifellos das Verdienst zu, zuerst die Notwendigkeit einer Altersreduktion betont und einen konkreten Vorschlag gemacht zu haben. Das Verfahren ist aber zu summarisch, da die Verbesserungen ganz unabhängig von Körperlänge und -gewicht eingesetzt werden. Außerdem erfordert es einen sehr umfangreichen Arbeitsaufwand.

[1]) München 1915, Rudolf Müller und Steinicke.

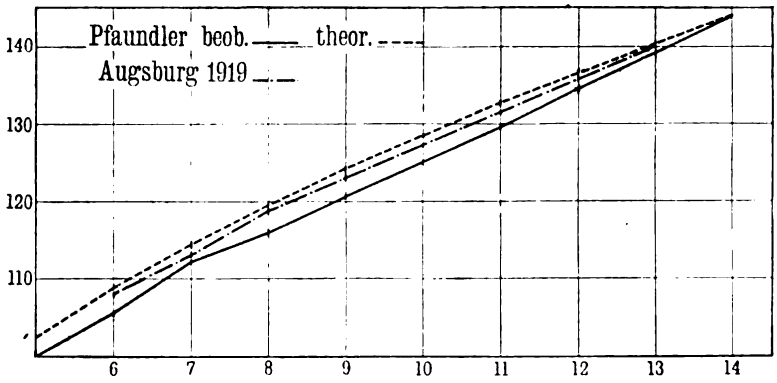
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Demgegenüber soll hier eine andere Methode dargelegt werden, die wir einer brieflichen Anregung von Oberstudienrat Fick in Neuburg a. D. verdanken. Sie geht aus von den Pfaundlerschen Wachstumsformeln, nach welchen die Körperlänge proportional zur dritten Wurzel des Konzeptionsalters und das Gewicht direkt proportional zum Konzeptionsalter ist[1]). Bezeichnet also z das Konzeptionsalter, so gilt für die Körperlänge $l : l^3 = c \,.\, z$ und für das Körpergewicht $G : G = q \,.\, z$, wenn c und q zwei Konstanten sind. Die biologische Bedeutung von c und q liegt noch völlig im Dunkeln. Aus den obigen Gleichungen ergibt sich durch Logarithmieren und Differenzieren die Längenverbesserung $\Delta l = \frac{l}{3z} \cdot \Delta z$ und die Gewichtsverbesserung $\Delta G = \frac{G}{z} \cdot \Delta z$, wenn Δz die Alterskorrektur ist. Wir sind auf diese Beziehungen in einem Aufsatze über Vorschläge zur einheitlichen Organisation der Kinderwägungen und -messungen[2]) bereits einmal ausführlich eingegangen und verweisen hiermit auf denselben.

Der Ausgangspunkt der Ableitung, das Pfaundlersche Wachstumsgesetz, gilt ja sicher nur angenähert, trifft aber nach den Darlegungen von Pfaundler[3]) und noch besser nach den Augsburger Messungen für die hier in Betracht kommenden Altersklassen zu (Tafel 1). Das Ergebnis

Tafel 1.

Alter und Länge: Knaben.



erscheint a priori annehmbar, da die notwendige Verbesserung mit der Altersdifferenz zunimmt, ebenso mit der Länge bzw. dem Gewicht, dagegen mit zunehmendem Alter immer weniger ausmacht. Die Erfahrung, die schließlich allein entscheidet, zeigt, daß die Methode reduzierte Werte ergibt, die sich in die Kurve der einzelnen unreduzierten Monatsmittel vollkommen natürlich eingliedern. Ein Blick auf die Tafel 2 ergibt ohne weiteres die sinnfällige Übereinstimmung. Ein technisches Bedenken wäre die Abhängigkeit der Verbesserung von drei Größen, was zweifellos recht umständliche Rechnungen zur Folge hätte. An der Hand graphischer Tafeln, die eigens zu diesem Zwecke für jede Altersklasse konstruiert

[1]) Pfaundler, Körpermaßstudien an Kindern, S. 36. Berlin, Jul. Springer, 1916.
[2]) Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1919, Nr. 4.
[3]) A. a. O.; vgl. dort auch Tafel 5.

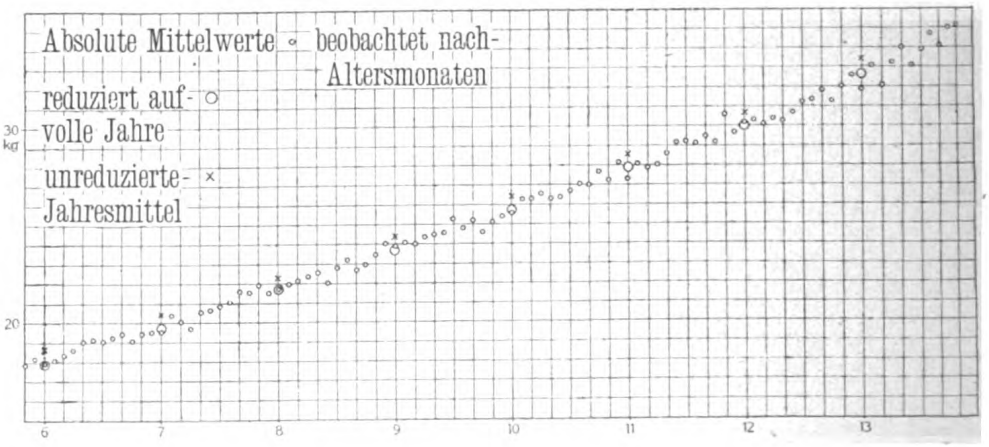
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden, läßt sich jedoch aus der Altersdifferenz die Verbesserung mühelos und rasch entnehmen (Tafel 3). Die Altersdifferenz selbst ergibt sich für jeden Tag aus einem beweglichen Zeiger oder durch eine Tabelle. Die ganze Arbeit, die zweckmäßig am Meßtage selbst noch erfolgt, erfordert keinerlei Rechnung, sondern nur Ablesungen. Zwei Personen, von denen die eine die Werte abliest und die andere schreibt, vermögen in zwei bis drei Stunden bequem mindestens 500 Interpolationen auszuführen.

Es muß ganz ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß die oben geschilderte Reduktionsmethode nur bei Kollektivuntersuchungen anwendbar ist, da nur bei solchen etwaige individuelle Abweichungen sich ausgleichen. Wenn also bei Einzelbeobachtungen sich Zuwachswerte ergeben, welche mit den Resultaten unseres Verfahrens nicht übereinstimmen, so ist das keineswegs ein Beweis gegen die Brauchbarkeit desselben. Für Individualbeobachtungen wird sich in Anbetracht der zahlreichen Einflüsse, denen das Wachstum der einzelnen Personen ausgesetzt ist, niemals eine Methode finden lassen, welche die Entwicklung im einzelnen Falle in bestimmte Formeln zu fassen vermag.

Tafel 2.

Körpergewicht von Augsburger Knaben, Herbst 1919.

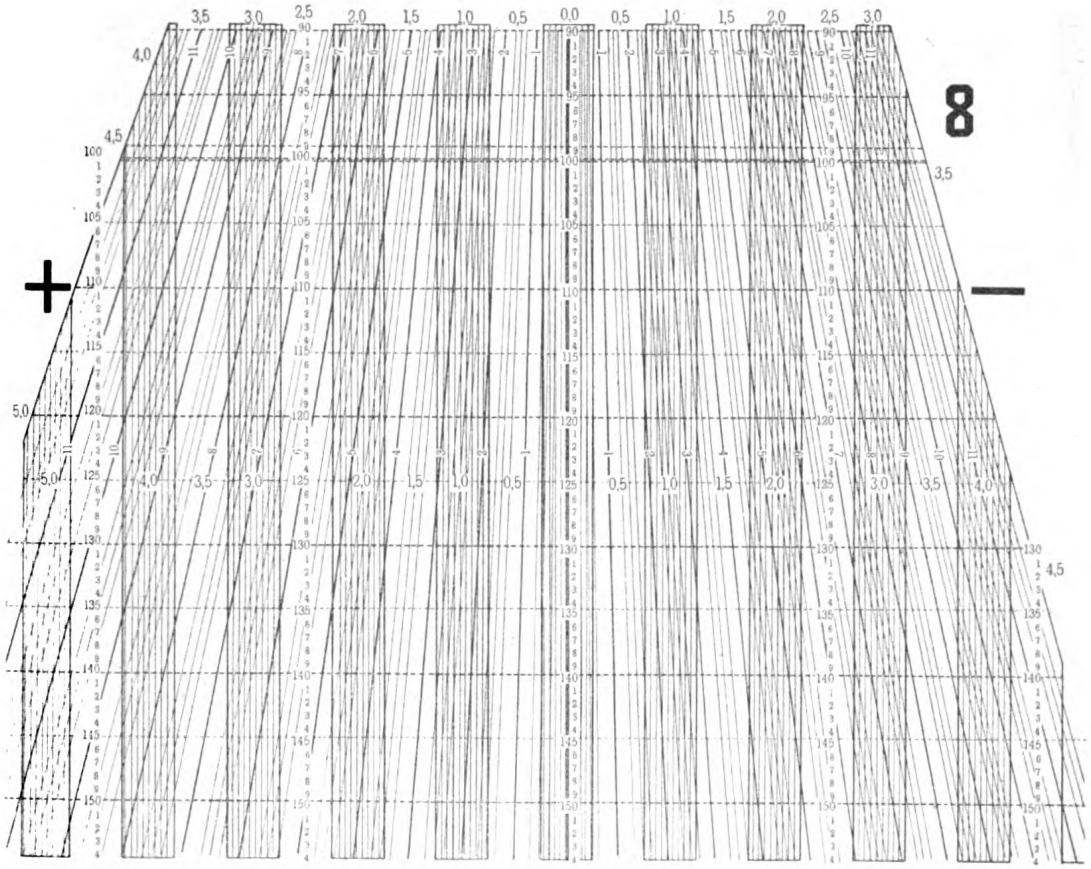


Dem Einwand, daß eine lineare Interpolation nicht wohl zulässig sei, nachdem das Wachstum doch nicht gleichmäßig erfolge, kann entgegengehalten werden, daß derselbe für größere Zeiträume zweifellos berechtigt wäre. Für hinreichend kleine Differenzen genügt aber die lineare Interpolation vollkommen, wie schon ein Blick in die erste Seite einer Logarithmentafel zeigt; obwohl die Unterschiede auf der ersten Zeile größer sind als auf der letzten, sind die benachbarten Zahlen doch ziemlich gleichmäßig, so daß auch die mathematische Strenge sich mit der linearen Interpolation begnügt.

Von manchen Seiten wurden auch die Pfaundlerschen Wachstumsformeln selbst bestritten. Die Erfahrung zeigt, daß sie mit großer Annäherung zutreffen. Die Gegner haben sie noch in keiner Weise durch Beobachtungen entkräftet. Sie sind zum mindesten eine recht brauchbare Arbeitshypothese, besonders aber für unseren Zweck.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel 3[1]).



Erläuterungen zur Tafel 3 (Reduktionstabelle nach Lampart für die Längen von achtjährigen Kindern):

An der doppelten senkrechten Linie in der Mitte sind die Größen von 90 bis 155 cm angegeben. Die von dieser Senkrechten links liegende und mit + bezeichnete Hälfte der Tafel dient zur Errechnung der Längenreduktion für die Kinder, welche das volle achte Jahr noch nicht erreicht haben. Die rechte Hälfte dagegen ist für die Kinder bestimmt, welche bereits acht Jahre und einen bis mehrere Monate alt sind. Die Ziffern, welche bei den dickeren schrägen Linien stehen, bezeichnen die Monate von 1 bis 11, also 8 Jahre 1, 2, 3 Monate usw. Dazwischen befinden sich je drei feinere schräge Linien, welche $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$ oder $\frac{2}{3}$ Monate bedeuten. Die ganze Tabelle ist in Säulen eingeteilt, welche heller und dunkler gefärbt sind. Über und in diesen Säulen stehen Nummern. Diese geben den Betrag an, um welchen die gemessene Länge verringert oder ergänzt werden muß, wenn man das Maß von 8 Jahren 0 Monaten bekommen will. Von der Säule, in welcher sich die schräge Linie des Altersfehlbetrages oder des Altersüberschusses mit der Horizontalen der gemessenen Länge schneidet, ist der Reduktionsbetrag abzulesen.

Beispiele.

1. Ein Kind von 7 Jahren 10 Monaten ist 117 cm lang. Es muß also der Reduktionsbetrag von 2 Monaten berechnet werden, wenn man die Länge für das Alter von 8 Jahren 0 Monaten erhalten will. Der Schnittpunkt der schrägen Linie vom Monat 2 (im Plusteil der Tabelle) mit der Horizontalen, welche durch die gemessene Länge von 117 gelegt wird, befindet sich in der Säule, welche mit 1,0 bezeichnet ist. Die reduzierte Länge ist also 118 cm.

[1]) Da aus drucktechnischen Gründen das Format der Tafel 3 auf $\frac{1}{4}$ verkleinert und von einem Zweifarbendruck abgesehen werden mußte, kommt die Figur in den schraffierten Teilen nicht voll zur Geltung. Bei den von uns benutzten Originaltabellen sind die in Tafel 3 schraffierten Felder nicht schraffiert, sondern nur mit leichter Tuschfarbe übermalt, so daß sämtliche Linien auch in ihnen mit voller Klarheit zu erkennen sind. Ebenso sind die horizontalen Linien von 1 cm zu 1 cm gezogen, in Tabelle 3 dagegen nur von 5 zu 5, da eine so große Anzahl durcheinanderlaufender und sich kreuzender Linien und Striche verwirrend wirken würde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Ein Kind im Alter von 8 Jahren $3^2/_3$ Monaten hat eine Länge von 120 cm. Es soll der Betrag berechnet werden, welcher von der gemessenen Länge abgezogen werden muß, wenn man den Wert von 8 Jahren 0 Monaten erhalten will. Dieser ist auf der Minusseite der Tabelle zu finden. Der Schnittpunkt, der durch die Höhe von 120 gelegten Horizontalen mit der feinen schrägen Linie von $3^2/_3$ befindet sich in der Säule, welche die Nummer 1,5 trägt. Der Reduktionsbetrag ist also 1,5, die reduzierte Länge 118,5 cm.

Das Ergebnis sei in folgenden Sätzen zusammengefaßt:

1. Eine Altersinterpolation ist bei exakten Kindermessungen unerläßlich.
2. Eine solche ist möglich.
3. Es empfiehlt sich das Ficksche Verfahren:

$$\Delta l = \frac{l}{3z} \cdot \Delta z; \quad \Delta G = \frac{G}{z} \cdot \Delta z.$$

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.]

Versuch einer Tuberkuloseerkrankungsstatistik für die Stadt Münster während der Jahre 1918/19.

Von Dr. Friedrich Koester.

Der Krieg brachte zahlreiche Ursachen für eine Zunahme der Tuberkulose, die sich in den immer häufiger werdenden Erkrankungen und in einer Verdoppelung der Todesfälle auf das augenscheinlichste bemerkbar machte. An erster Stelle ist wohl die langanhaltende Unterernährung anzuschuldigen, die durch den immer mehr zunehmenden Mangel an den notwendigsten Nahrungsmitteln, zumal an Fett, infolge der Hungerblockade verursachte Entkräftung unseres Volkes. Nicht außer acht gelassen werden dürfen die starke Anspannung aller Arbeitskräfte, besonders auch von seiten des weiblichen Geschlechts, ferner die Kohlennot, der Mangel an Seife und Desinfektionsmitteln, die schlechten Wohnungsverhältnisse, welche die Ansteckungsgefahr wesentlich erhöhten. Die Hauptursache ist jedoch der Hunger; die Tuberkulose ist besonders in den Großstädten zu einer Hungerseuche geworden. Lindén hat schon vor Jahren für Finnland festgestellt, wie eine starke Hungersnot einer Ausbreitung der Tuberkulose günstigen Boden bereitet, und v. Gruber hat die Zunahme der Tuberkulose in Deutschland schon 1911 für den Fall einer Verschlechterung unserer Volksernährung vorausgesagt.

Während die Zahlen der Tuberkulosetodesfälle statistisch erfaßt sind, ist das für die Tuberkuloseerkrankungen nicht der Fall. Ihre Zahl genau festzustellen, stößt auf unüberwindliche Schwierigkeiten, weil sie bisher nicht anmeldepflichtig sind. Wir sind daher bezüglich der Zunahme der Erkrankungen mehr auf Einzelbeobachtungen angewiesen. Ärztliche Berichte, besonders von Schul- und Fürsorgeärzten, geben Anhaltspunkte, aber doch nur annähernde Übersichten, deren Verallgemeinerung nicht ohne weiteres zulässig erscheint. So konnte die Frage, ob mit der Zunahme der Tuberkulosetodesfälle auch eine Zunahme der Erkrankungen verbunden sei, zunächst genau nicht beantwortet werden. Denn eine starke Zunahme

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Tuberkulosetodesfälle mußte ja auch dann schon in Erscheinung treten, wenn die Lebensdauer der Tuberkulösen nur um eine verhältnismäßig geringe Zeit verkürzt worden wäre, wenn also lediglich die schon vorhandenen Erkrankungen einen rascheren Verlauf genommen hätten, ohne daß neuere Erkrankungen hinzugetreten wären. Schon aus theoretischen Gründen ist aus der starken Zunahme der Tuberkulosetodesfälle im Kriege auch auf eine Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen zu schließen. Ist doch im gleichen Maße wie die Zahl der Tuberkulosetodesfälle auch die Zahl der Schwertuberkulösen erhöht und steht den demgemäß stattfindenden stark vermehrten Ausstreuungen von Tuberkelbazillen andererseits eine in ihrer Widerstandskraft stark herabgesetzte Bevölkerung gegenüber. Dieses alles jedoch ist nur eine Annahme und eine nicht auf sicherer Basis sich aufbauende Schlußfolgerung.

Einen, wenn auch nicht unbedingt zuverlässigen Anhalt für eine möglichst genaue Erfassung der Tuberkuloseerkrankungen können die ärztlichen Atteste für die Lieferung von Zusatzmitteln für Tuberkulöse bieten. Bei einer genauen Zählung dieser Zeugnisse, die bei den Lebensmittelämtern der Stadtverwaltungen eingegangen sind, muß annähernd die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen in einem Stadtbezirk erfaßt werden können. Durch die Festsetzung besonderer Nahrungsmittelzulagen gerade für die Tuberkulösen (Erlaß des Kriegsernährungsamtes vom 9. November 1917), wurden die untersuchenden Ärzte zur genauen Diagnosestellung angehalten. Daß tuberkulös Erkrankte unter den Empfängern der Atteste kaum fehlen dürften, dafür bürgt das verständliche Bestreben jedes einzelnen, nach Möglichkeit zu den von der Stadtverwaltung gelieferten, nicht ausreichenden rationierten Nahrungsmitteln Zulagen zu erhalten.

Im folgenden soll versucht werden, aus den bei dem Lebensmittelamt der Stadt Münster i. W. vorhandenen ärztlichen Zeugnissen für Lebensmittelzulagen eine Übersicht über die Tuberkuloseerkrankungen in der Stadt Münster im Jahre 1918 und 1919 zu geben. Zuvor einige kurze Bemerkungen über die allgemeinen Bevölkerungs- und klimatischen Verhältnisse Münsters.

Münster, die Hauptstadt der Provinz Westfalen und des Regierungsbezirks Münster, hat in der Berichtszeit eine Einwohnerzahl zwischen 95 000 und 115 000 gehabt; grundsätzlich ist bei den folgenden Ausführungen und Berechnungen stets nur die Zivilbevölkerung in Betracht gezogen worden. Die in Münster befindlichen zahlreichen Behörden stellen mit ihren Beamten und deren Angehörigen einen im Verhältnis zu industriellen Orten großen Anteil an der Gesamtbevölkerung. Dazu kommen die Universität mit Lehrkörpern und Studenten, deren Zahl sich nach dem Kriege verdreifacht hat, sowie eine große Zahl von Rentnern und Pensionären, die durch die Annehmlichkeit des Lebens in der Provinzialhauptstadt veranlaßt wurden, ihren Wohnsitz in Münster zu nehmen. Abgesehen von einer größeren Maschinenfabrik, einer Schloßfabrik, einigen Möbelfabriken und kleineren Webereien hat Münster keine größeren industriellen Werke. Die Kriegsindustrie in Münster war im wesentlichen auf die Anfertigung von Geschützmunition in größerem Umfange beschränkt. Was Bauverhältnisse — einige Bezirke in der Altstadt ausgenommen —, Wasserleitung, Kanalisation angeht, entspricht Münster im allgemeinen den Anforderungen der modernen Städtehygiene.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Klima begünstigt in Münster und im Münsterland entschieden eine ausgedehntere Verbreitung der Tuberkulose als in anderen Gegenden Deutschlands, so daß dieses wichtige Moment nicht außer acht gelassen werden darf. Die überaus hohe Luftfeuchtigkeit, wenig Sonnentage, unbeständige Witterung sind sicherlich ein wesentlicher Grund dafür, daß das Münsterland und Münster selbst schon im Frieden (1913) über dem Staatsdurchschnitt der Tuberkulosesterblichkeit in Preußen steht, und mit der Sterblichkeitsziffer an Erkrankungen der Atmungsorgane (Lungenentzündung) die erste Stelle unter den preußischen Regierungsbezirken einnimmt. Sei es, daß durch die Feuchtigkeit und den Mangel an Sonne die Virulenz der Erreger (Tuberkelbazillen, Pneumokokken) gesteigert oder die Übertragung begünstigt wird, sei es, daß durch die nasse Witterung die Atmungsorgane für die Infektion infolge zahlreicher auftretender sogenannter Erkältungen in einen Zustand erhöhter Disposition gesetzt werden. Nach den Aufzeichnungen des Preußischen Statistischen Landesamtes vom Jahre 1884 betrug im Regierungsbezirk Münster die Zahl der Todesfälle an Brustkrankheiten 30 auf 10 000 Lebende, an Tuberkulose ebenfalls 30 auf 10 000. Unter Brustkrankheiten sind Lungenentzündung, Rippenfellentzündung usw. zusammengefaßt. Im Jahre 1913 betrug die Tuberkulosesterblichkeit 14,98 auf 10 000 Lebende, während die Todesfälle an Lungenentzündung sich auf 18,89 auf 10 000 Lebende beliefen.

Was die Ernährungsverhältnisse der Stadt Münster angeht, so ist die Stadt zwar in größerem Umkreise von einer ertragreichen Landwirtschaft umgeben; diese wird aber zum Teil von den Bewohnern des nahe gelegenen Industriegebietes stark in Anspruch genommen. Im Kriege wurde das platte Land geradezu von Hamsterern aus der Industriegegend überschwemmt. Bei dem Überfluß an Geld infolge der hohen Entlohnung boten diese unaufgefordert die höchsten Preise und kauften auf diese Weise der städtischen Bevölkerung die Lebensmittel vor der Nase weg. Die große Zahl der gering besoldeten mittleren und unteren Beamten und der kleinen Rentner der Stadt war nach ihren Verhältnissen nicht in der Lage, Phantasiepreise für Lebensmittel zu zahlen. Auch die Löhne der Arbeiter in Münster standen denen ihrer Genossen im Industriegebiet erheblich nach, ganz abgesehen davon, daß diesen durch ihre Werke Lebensmittel in größerem Umfange unentgeltlich oder zu billigen Preisen geliefert wurden. Daraus ergibt sich, daß abgesehen von den Bessergestellten die Bewohner Münsters im großen und ganzen auf die rationierten Lebensmittel angewiesen waren. Nimmt man den erforderlichen täglichen Kalorienbedarf für einen erwachsenen arbeitenden Menschen im mittleren Alter und von mittlerem Körperbau mit 2400 Kalorien an, so sehen wir aus der Tabelle 1, daß dieser Wert in der den Bericht umfassenden Zeit niemals auch nur entfernt

Tabelle 1.

Kalorienwert der von der Stadt Münster i. W. 1918/19 verteilten rationierten Lebensmittel.

	1918	1919		1918	1919
Januar	1396	1603	Juli	1508	1876
Februar	1410	1485	August	1236	1827
März	1392	1429	September	1388	1697
April	1470	1448	Oktober	1366	1636
Mai	1439	1534	November	1387	1752
Juni	1371	1547	Dezember	1543	1723

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erreicht wurde, daß vielmehr der Kalorienwert der rationierten Lebensmittel in einzelnen Monaten bis zur Hälfte des notwendigen herabsank. Der Kalorienwert ist berechnet aus den vom Lebensmittelamt verteilten Nahrungsmitteln nach den Zahlenwerten von Stadtarzt Dr. Dienemann (Dresden) in Nr. 48 der „Beiträge zur kommunalen Kriegswirtschaft".

Es bedarf keiner weiteren Ausführungen, daß diese ungünstigen Ernährungsverhältnisse ein Weiterumsichgreifen der Tuberkulose in jeder Beziehung begünstigen mußten. Ist, wie oben geschildert, die Tuberkulose schon in normalen Zeiten in Münster und im Münsterland weit verbreitet gewesen, so mußte unter diesen Umständen im Kriege die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle erheblich anwachsen. Leider ist in den ersten Kriegsjahren außer für die in Heilanstalten und Sanatorien untergebrachten Tuberkulösen wenig für die Tuberkulosekranken gesorgt worden. Sie bekamen dieselben Zulagen wie andere Kranke, bis dann der Erlaß des Kriegsernährungsamtes vom 9. November 1917 den tuberkulösen Hauskranken die gleiche Menge an Zulagen gewährte wie den Anstaltskranken. Die den Tuberkulosekranken von der Stadt Münster hierauf hin gewährten größeren Zulagen an Lebensmitteln sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Kranken waren für die Zuweisung von Lebensmitteln in Gruppen eingeteilt; die Gruppeneinteilung entsprach dem Bedarf an Zulagen je nach Arbeitsfähigkeit und Erkrankungsform. Im Durchschnitt erhielten die Kranken hierdurch eine tägliche Zulage von ungefähr 700 bis 800 Kalorien. Trotzdem auch hiermit noch nicht der für einen Gesunden erforderliche Kalorienbedarf erreicht wurde, war die Zuweisung doch eine ganz erhebliche Aufbesserung der Gesamternährung gegenüber der geringen Kalorienmenge, die die gesunde Bevölkerung bekam. Die durch die Zulage erreichte Kalorienmenge bleibt allerdings noch erheblich hinter der für den Tuberkulösen als erforderlich angesehenen Nährwerteinheitenmenge zurück. Auf dem 6. Internationalen Kongreß für Tuberkulose in Washington wurde der tägliche Kalorienbedarf eines Phtisikers mit 3000 Kalorien angegeben.

Tabelle 2.

Zulagen für Tuberkulosekranke.

	Milch Liter täglich	Eier Stück wöchentlich	Butter g wöchentlich	Fleisch g wöchentlich	Nährmittel g wöchentlich
Arbeitsfähige Tuberkulöse	¾	4	200	200	250
Arbeitsunfähige Tuberkulöse . . .	½	2	200	200	250
Kranke mit Tuberkulose anderer Organe	½	—	100	—	250
Hoffende Mütter für die ersten 6 Monate	¾	4	200	200	250
Hoffende Mütter für die letzten 3 Monate	¼	4	—	200	—
Außerdem die ordentlichen Zulagen für hoffende Mütter.					
Wöchnerinnen für die ersten 6 Monate	¾	4	200	200	250

Wenn man nun alle die Atteste, die den Tuberkulösen von den Ärzten zur Anweisung von Lebensmittelzulagen ausgestellt sind, erfaßt, muß man eine einigermaßen klare — wohl die denkbar genaueste — Übersicht über die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen erhalten. In den folgenden Aufstellungen sind nur diejenigen ärztlichen Zeugnisse berücksichtigt worden,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die die Diagnose „Lungentuberkulose", „Tuberkulose anderer Organe" (Knochen-, Gelenk-, Drüsen-, Urogenital- oder Harnorgantuberkulose) tragen. Zahlreiche Atteste, die auf die Diagnose Blutarmut, Anämie, Bleichsucht (Chlorose) lauten, unter welchen Krankheitsbezeichnungen wahrscheinlich auch noch Tuberkulosekranke oder wenigstens Suspekte Lebensmittelzulagen verordnet erhalten haben, sind, um ein klares Bild von der Zahl der wirklich deutlich Tuberkulosekranken zu erhalten, ausgeschaltet worden. Dies erscheint um so mehr berechtigt, nachdem durch den erwähnten Erlaß des Kriegsernährungsamtes die besonderen den Tuberkulösen zu verordnenden Zulagen festgesetzt waren und die untersuchenden Ärzte zu einer möglichst genauen Diagnosestellung angehalten wurden. Die Aufstellungen gewinnen erst eigentlich Wert, als die besonderen Atteste für Tuberkulöse in die Erscheinung treten, das ist vom Monat Juli 1918 ab. Zahlreiche Fälle von Tuberkulose sind in den Monaten und Jahren vorher vermutlich unter den oben angeführten anderweiten Krankheitsbezeichnungen verdeckt gewesen. Wollte man aber vorher mit einer Zusammenfassung beginnen, so wäre eine genaue Trennung der Diagnosen unmöglich, eine exakte Erfassung der Zahl der wirklich Tuberkulösen ausgeschlossen. Abgesehen von der Zahl der Erkrankten gaben die ärztlichen Zeugnisse im einzelnen noch Auskunft über Geschlecht, Alter, Beruf und Arbeitsfähigkeit. Für Lungentuberkulöse wurden ausführliche Angaben verlangt, wie nebenstehendes Muster zeigt; es sollte dadurch die Vorspiegelung von Tuberkulose zwecks größerer Ernährungsbeihilfen verhütet werden.

Es folge zunächst eine Übersicht der Gesamtzahl der aus den ärztlichen Lebensmittelattesten zu entnehmenden Tuberkulosekranken in der Zeit vom Juli 1918 bis Dezember 1919.

Tabelle 3.

Gesamtzahl der Tuberkuloseerkrankungen in der Stadt Münster in den einzelnen Monaten 1918 und 1919.

	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
1918 . .	—	—	—	—	—	—	72	554	897	1258	1314	1395
1919 . .	1475	1601	1721	1838	1979	2068	2160	2223	2248	2361	2450	2462

Bei Betrachtung der Tabelle bemerkt man, daß die Aufstellung in den ersten Monaten sicherlich viel zu niedrige Zahlen bringt. Dies ist wohl dadurch zu erklären, daß damals noch die meisten Tuberkulosekranken auf ihre alten Atteste hin ihre gewöhnlichen Krankenzulagen bekamen. Allmählich, als unter der Bevölkerung bekannt wurde, daß die Tuberkulösen größere Zuwendungen an Lebensmitteln erhielten, suchten viele den Arzt auf, um sich diese Zulagen nicht entgehen zu lassen. So versteht man den außerordentlich starken Anstieg in den ersten Monaten, der schwerlich die Erkrankungsziffer darstellen kann, denn der Aufstieg von 72 Fällen im Juli auf 1395 Erkrankungen im Dezember 1918 ist auf einen Zeitraum von 6 Monaten im Verhältnis zu den Zahlen von 1919 zu schnell. Zweifellos war schon im Juli 1918 in Münster die Zahl der Tuberkulosekranken überhaupt und auch die der ärztlich Untersuchten erheblich größer als 72. Das Jahr 1919 zeigt dagegen interessante Zahlen, die wohl den wahren Ziffern nahekommen. Mit beängstigender Regelmäßigkeit steigt die Zahl der Gesamterkrankungen in einem Jahre von 1475 auf 2462, also um 1000 an. Doch darf man auch nicht allzu schwarz sehen und muß noch eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Muster.

Unvollständig oder unleserlich ausgefüllte sowie unverschlossen eingereichte Zeugnisse werden nicht berücksichtigt.

Tuberkulose. Ärztliches Zeugnis.

(Nur für Fälle erwiesener zurzeit bestehender aktiver tuberkulöser Erkrankung der Lunge oder anderer Organe.)

1. Name und Vorname des Kranken: .....
2. Wohnung: .....
3. Stand oder Beschäftigung (ob noch ausübend?) .....

---

4. Alter des Kranken: .....
5. Arbeitsfähig? (ja — nein). Ist Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit zu erwarten? (ja — nein).
6. Handelt es sich um eine Tuberkulose anderer Organe als der Lunge (bzw. welche)? .....
7. Liegt im bejahenden Falle die Gefahr einer weiteren Verbreitung der Erkrankung im Körper des Erkrankten vor? .....

Für Lungenkranke.

8. Sind Tuberkelbazillen bei dem Kranken nachgewiesen? .....
9. Oder durch welche Merkmale ist der tuberkulöse Charakter der Erkrankung festgestellt? .....
   Schallverkürzung? (rechts — links).
   Art des Atemgeräusches? .....
   Dämpfung? (rechts — links).
   Sichere Rasselgeräusche? Feucht? Trocken? (rechts — links).
10. Liegt Erblichkeit vor? (Vater, Mutter, Bruder, Schwester).
11. War der Kranke kürzlich in einer Lungenheilanstalt? .....
12. Liegt Schwangerschaft vor? .....
13. Ist die Kranke Wöchnerin? ..... Stillt sie? .....
14. Bemerkungen: .....

Ich bescheinige hiermit, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Münster i. W., den 19

(Stempel des behandelnden Arztes).

Name des behandelnden Arztes.

Nachstehender Vordruck darf nicht vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

Der Magistrat.

Münster i. W., den 19

1. Ausstellen — ablehnen.

Bureauvermerk.				
Zugeteilt	Milch	Liter bis	Nr.	Zur Untersuchung
Gruppe	Eier	Stück „	„	bestellen auf
bis Ende	Butter	W. M. „	„	Uhr.
	Zucker	Gr. „	„	
	Fleisch	Karte „	„	
	Flocken	Gr. „	„	
	Mehl	Gr. „	„	Revisionsvermerk.
	Weizenbrote	Stück „	„	Gruppe
	Zwieback	Gr. „	„	für Wochen.
	Reis	Gr. „	„	
	Kartoffeln	Gr. „	„	

2. Nachricht dem Antragssteller.
3. Zu den Attesten.

Ausgegeben am .....

I. A.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einschränkung machen insofern, als man mit der guten Absicht der Ärzte zu rechnen hat, ihren Patienten möglichst viel Lebensmittel zukommen zu lassen. Vielleicht ist da doch häufiger, als unbedingt nötig, und ohne zwingenden Grund nach den Attesten für Tuberkulöse gegriffen worden. Immer wieder muß betont werden, daß eine vollständig exakte Erforschung der tatsächlichen Erkrankungsziffer unmöglich ist, und hier nur der Versuch gemacht werden soll, einigermaßen der Wirklichkeit nahe zu kommen. Das Jahr 1919 bringt auf die letzten Monate eine monatliche Zunahme, deren Zahl zwischen 60 und 120 schwankt. Die geringe Steigerung in den letzten Monaten ist vielleicht eine Folge der verbesserten Ernährungsverhältnisse. Bei der Beurteilung der Zunahme der Erkrankungsziffer muß allerdings die Zunahme der Gesamtbevölkerung von etwa 15 000 in Betracht gezogen werden.

Tabelle 4.

Tuberkuloseerkrankungen getrennt nach Geschlecht und Alter.

1918.

	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Männer	29	180	239	320	357	374
Frauen	39	326	594	849	861	922
Kinder.	4	48	64	89	96	99
Sa. . .	72	554	897	1258	1314	1395

1919.

	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Männer . . .	408	468	563	634	698	751	797	836	847	897	934	939
Frauen . . .	954	995	1007	1032	1078	1083	1106	1107	1116	1157	1194	1194
Kinder . . .	113	138	151	172	203	234	257	280	285	307	322	329
Sa. . .	1475	1601	1721	1838	1979	2068	2160	2223	2248	2361	2450	2462

Die Tabelle 4 zeigt die Verteilung der Tuberkulose nach Geschlecht und Alter. Prozentuale Berechnungen sind nicht möglich, da Angaben über den Anteil der Geschlechter und Altersklassen an der Gesamtbevölkerung nicht zur Verfügung stehen. Es zeigt sich aber, daß 1918 der Anteil der Frauen an den Erkrankungszahlen weit überwiegt, wohl entsprechend der größeren Kopfzahl des weiblichen Geschlechts unter der Bevölkerung in jener Zeit. Im Dezember 1918 ist die Zahl der tuberkulösen Frauen 922 gegenüber 374 Männern. Im Jahre 1919 steigt die Zahl der tuberkulösen Frauen zwar auch noch, jedoch weit weniger als die der Männer, die ja inzwischen aus dem Felde zurückgekehrt sind und nun einen sehr großen Anteil an der Tuberkuloseerkrankung einnehmen. Von Dezember 1918 bis Dezember 1919 kommen an Frauen nur noch 240, an Männern dagegen 531 hinzu. Das Verhältnis der Erkrankungen ist im Dezember 1919 1194 Frauen gegen 939 Männer. Ein trauriges Bild bieten die Zahlen für die tuberkulösen Kinder. Sie betragen im Dezember 1918 schon 99 und steigen 1919 noch ständig, wenn auch in den letzten Jahresmonaten langsam, weiter bis auf 329 im Dezember 1919. Eine Reihe von Erkrankungen der Kinder gehört zu den unten speziell aufgeführten Tuberkuloseerkrankungen anderer Organe als der Lungen, besonders zur Knochen- und Drüsentuberkulose. Aber auch Fälle von Lungentuberkulose sind darunter.

Die Endzahl von 2462 Tuberkulösen bei einer Einwohnerzahl von 115 010 ergibt das Verhältnis von 21,4 Kranken auf 1000 Lebende.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 5.

Tuberkuloseerkrankungen in der Stadt Münster.

1918.

	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Arbeitsfähige	9	70	98	143	130	133
Nicht arbeitsfähige . .	59	431	723	1014	1089	1156
Tuberkulose anderer als der Atmungsorgane .	4	46	67	92	86	93
Schwangere und Wöchnerinnen	—	7	9	9	9	13
Sa. . .	72	554	897	1258	1314	1395

1919.

	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Arbeitsfähige	123	125	124	118	113	111	101	97	107	95	97	87
Nichtarbeitsfähige . . .	1232	1340	1442	1566	1689	1778	1873	1928	1937	2050	2120	2143
Tuberkulose anderer als der Atmungsorgane .	99	113	124	123	144	141	146	151	153	154	166	159
Schwangere und Wöchnerinnen	21	23	31	31	33	38	40	47	51	62	67	73
Sa. . .	1475	1601	1721	1838	1979	2068	2160	2223	2248	2361	2450	2462

Die Tabelle 5 zeigt die Einteilung der Tuberkulosekranken der Stadt in die Gruppen, die eine verschieden große Zuwendung von Lebensmitteln erhalten. Hier nimmt die Zahl der Arbeitsfähigen nach anfänglich raschem Anstieg allmählich immer mehr ab; es ist wohl weniger eine Gesundung anzunehmen als der Übergang in schweres Siechtum. Leider war es nicht möglich, die Zahl derjenigen, die nach ihrer Genesung keine Zulage mehr bezogen, festzustellen. Die Zahl der nicht Arbeitsfähigen stellt natürlich bei weitem den Hauptanteil der Gesamterkrankungsziffer, was nach den allgemeinen Erfahrungen über schlechte Heilungstendenz und Bösartigkeit der „Kriegstuberkulose“ nicht zu verwundern ist. Unter Tuberkulose anderer Organe sind die Erkrankungen an Knochen-, Gelenk-, Drüsen-, Urogenital-, Harnorgantuberkulose zusammengefaßt. Es handelt sich hierbei zum größten Teil um Personen in jüngeren Jahren oder um Kinder mit Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberkulose. In der vierten Querspalte ist die Zahl der tuberkulosen Schwangeren und Wöchnerinnen angeführt.

Ergänzend seien noch einige Angaben über die Erfahrungen der Fürsorgestelle für Lungenkranke in Münster während der Jahre 1918 und 1919 hinzugefügt. Die vom Stadtarzt Dr. Luig vorzüglich geleitete Fürsorgestelle leistete auch in den Jahren 1918 und 1919 hervorragendes im Kampfe gegen die Tuberkulose. Im Jahre 1918 wurde die Fürsorgestelle von 1572 Personen besucht, darunter waren 178 Männer, 573 Frauen, 821 Kinder; Tuberkulose wurde festgestellt bei im ganzen 213 Personen, darunter waren 41 Männer, 141 Frauen und 31 Kinder; Lungenspitzenkatarrh wurde festgestellt bei 8 Männern, 33 Frauen, 39 Kindern. Im Jahre 1919 gelangten 1688 Personen zur Untersuchung, darunter 202 Männer, 496 Frauen und 990 Kinder. Tuberkulose wurde festgestellt im ganzen bei 232 Personen, darunter bei 60 Männern, 109 Frauen und 63 Kindern; Lungenspitzenkatarrh wurde festgestellt im ganzen bei 98 Personen, 10 Männern, 32 Frauen und 56 Kindern. Im Verhältnis zu der großen Zahl der untersuchten Kinder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist die Zahl der tuberkulös befundenen verhältnismäßig gering, weist jedoch gegen das Vorjahr eine erhebliche Zunahme auf.

Die folgende Tabelle stellt nach den freundlichst vom Preußischen Statistischen Landesamt, Medizinalabteilung, zur Verfügung gestellten Zahlen die Tuberkulosesterblichkeit in der Stadt Münster für die Jahre 1913 und 1918 bis 1920 dar.

Tabelle 6.

Tuberkulosesterblichkeit in der Stadt Münster.

	Überhaupt			Von 1000 Lebenden		
Jahr	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1913	74	73	147	1,625	1,482	1,551
1918	148	177	325	3,440	3,432	3,435
1919	137	169	306	2,898	3,178	3,046
1920	83	135	218	1,740	2,566	2,173

Die sehr starke Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit, absolut und auf die Bevölkerungszahl bezogen, während der Jahre 1918 bis 1920 gegenüber dem letzten vollen Friedensjahre 1913 tritt eindrucksvoll in der Tabelle hervor. Eine höhere Beteiligung des weiblichen Geschlechts, auch im Verhältnis zur Kopfzahl, macht sich 1919 und besonders 1920 geltend. Im allgemeinen bringt das Jahr 1920 schon wieder eine Besserung, doch bleibt die Tuberkuloseverlustzahl noch hoch über derjenigen für 1913.

Bei der aus den Lebensmittelattesten ermittelten Endzahl von 21,4 Tuberkulosekranken auf 1000 Lebende am Ausgang des Jahres 1919 berechnet sich im Zusammenhalt mit der Tuberkulosesterbeziffer von 3,046 auf 1000 Lebende im Jahre 1919 ein Verhältnis der lebenden zu den gestorbenen Tuberkulösen von etwa 7 : 1.

Abschließend sei nur noch kurz bemerkt, daß, wie in den Städten überall, so auch in Münster die Wohnungsnot schon 1918 groß und 1919 noch schwerer wurde. Die beengten Wohnungsverhältnisse mit ihren Folgen — Unmöglichkeit der Absonderung schwer Tuberkulöser, Erhöhung der Übertragungsgefahr — haben neben der körperlichen Entkräftung durch die Nahrungsmittelknappheit sicher sehr viel zur Ausbreitung der Tuberkulose auch in Münster beigetragen.

Die Technik der hygienischen Volksbelehrung.

Von Med.-Rat Dr. G. Seiffert, München[1]).

Jede Tätigkeit kann nur dann vollen Erfolg haben, wenn sie unter richtigen Voraussetzungen und mit geeigneten Mitteln geschieht. Eine Prüfung auf den Erfolg liefert daher auch den Nachweis, daß richtig gearbeitet wurde. Will man irgend ein Tätigkeitsgebiet ausbauen, so soll baldmöglichst eine derartige Prüfung erfolgen. Mag auch die Arbeit der Reichs- und der Landesausschüsse für hygienische Volksbelehrung noch verhältnismäßig kurz sein, so ist doch heute schon eine Prüfung am Erfolg nötig und auch möglich. Die Zeit genügt, um sich gewisse Rechenschaft

[1]) Bericht, erstattet im Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, Leipzig 1922.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darüber zu geben, war die Tätigkeit von Nutzen, ist man auf dem richtigen Wege, wo haben sich Mängel herausgestellt? Aus diesen Überlegungen wird man Schlüsse ziehen können, wie am besten weitergearbeitet werden soll. Es handelt sich vornehmlich darum, aus den bisherigen Erfahrungen über die Technik der hygienischen Volksbelehrung im weiteren Sinne ein deutlicheres Bild zu gewinnen und für die zukünftige Arbeit entsprechende Richtlinien zu schaffen.

Mit kritischer Kühle ist zu fragen, war die geleistete Arbeit tatsächlich erfolgreich, entsprach ihr Effekt der aufgewandten Mühe und Mittel. Sichtbare Erfolge sind naturgemäß von Heute auf Morgen nicht zu erwarten und können im Augenblick auch nicht verzeichnet werden. Wo man von Erfolgen und von Mißerfolgen sprechen kann, handelt es sich vornehmlich um allgemeine Eindrücke, die durch greifbare Einzeltatsachen nur wenig zu belegen sind. Quantitativ gemessen, ist nach den Berichten der einzelnen Landesausschüsse in den letzten Jahren erfreulich viel geleistet worden; qualitativ betrachtet, darf man auch sagen, daß das Gebotene wohl durchweg einwandfrei war und an sich sicherlich nutzbringend für die Bevölkerung sein konnte. Man wird sich aber im Allgemeinen doch nicht ganz des Eindruckes erwehren können, daß die im Voraus erwarteten Früchte nicht recht zur Reife kamen, daß die bisherige Tätigkeit an Erfolgen nicht das brachte, was man anfangs von ihr erwartete. Es soll mit dieser etwas skeptischen Kritik nicht die bisherige Tätigkeit auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung geschmälert werden — alle Beteiligten haben zweifelsohne nach besten Kräften gearbeitet —, die Kritik, die hier nicht niederreißen, sondern aufbauen will, soll nur insoweit ihre Berechtigung haben, als sie zeigen möchte, daß der Weg, der gegangen wurde, nicht immer der richtige war, daß Kraft und Mittel nicht ganz im richtigen ökonomischen Vergleich zum Effekt verbraucht wurden, daß die Technik der hygienischen Volksbelehrung gewisser Verbesserungen bedarf.

Man muß die hygienische Volksbelehrung nicht allein vom Standpunkte des Hygienikers, der Forderungen stellt, dieses oder jenes Wissen auf gesundheitlichen Gebieten soll in das Volk getragen werden, betrachten, man muß ihr auch als Psychologe und Pädagoge entgegentreten. Es wird zunächst weniger interessieren, welche hygienischen Fragen sind zu behandeln, sondern wie sie dem Volke nahegebracht werden sollen, wie die Belehrung am Besten erfolgen kann. Man wird hierbei manches zu erörtern haben, das wie Binsenweisheiten klingt, das aber wenig beachtet wird und doch den Erfolg weitgehend bestimmt. Die hygienische Volksbelehrung, wie sie bisher erfolgte, muß man als etwas Werdendes, gewissermaßen als experimentellen Versuch, ansehen, der noch mannigfach abgeändert werden kann, und aus dem seine Veranstalter selbst noch sehr viel lernen müssen, wenn sie ihre Aufgabe tiefer auffassen wollen.

Die hygienische Volksbelehrung wird nicht starke Augenblickseffekte anstreben dürfen, ihre Wirkung soll keine vorübergehende, sondern eine nachhaltige, dauernde sein. Prüft man hierauf den Erfolg der Vorträge und anderer Darbietungen, so wird man die Beobachtung zu machen haben, daß vor allem Lichtbildervorträge und Kinovorführungen vielfach bei der Vorführung stark wirken, daß die Nutzanwendung aus dem Gebotenen aber oft nicht entsprechend ist, — der Eindruck wirkte für den Augenblick

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehr kräftig, war aber vielfach nicht tief genug, um nachzuhalten und später bestimmte Handlungen zu hemmen oder zu begünstigen. Ein kleines Beispiel: In einem Vortrage wurde unter allgemeinem Beifall auf das Unhygienische des Ausspuckens hingewiesen, schon nach Verlassen des Vortragsraumes konnte man auf der Straße beobachten, wie wenig die Belehrung gewirkt hatte. Es gewinnt doch sehr oft den Anschein, als habe die hygienische Volksbelehrung bislang nicht rechten Erfolg gehabt. Betrachtet man den Pädagogen bei seiner Erziehungsarbeit, so sieht man, daß er bei seinen Schülern nicht durch starke Eindrücke wirkt, daß er organisch auf dem vorhandenen Wissensschatz aufbaut und mit leichter Nachhilfe aus ihm gewissermaßen neue Kenntnisse herauswachsen läßt. Ein derartiges systematisches Lehren, das sich im höchsten Grade dem Lernenden anpaßt, hat die hygienische Volksbelehrung bislang kaum angewandt, hier mag eine Ursache liegen, warum ihr Erfolg nicht recht befriedigend war, hier mag aber der Punkt sein, wo Verbesserungen einzusetzen haben.

Systematische Belehrung von geeigneten Lehrern, dem Hörerkreise angepaßt und mit richtigen technischen Mitteln durchgeführt, ist in der Quintessenz wohl das, was man von zweckentsprechender hygienischer Volksbelehrung fordern muß.

Zunächst die Frage nach der Eignung des Lehrers. Er soll Interesse für gesundheitliche Fragen erwecken, entsprechende Kenntnisse vermitteln, vertiefen und erneuern. Aufgaben, die strenggenommen ein großes pädagogisches Wissen und Begabung erfordern. Die hygienische Volksbelehrung liegt mit Recht in erster Linie in der Hand des Arztes. Betrachtet man aber den Durchschnittsarzt, so darf man wohl sagen, diese pädagogischen Voraussetzungen besitzen die wenigsten, mögen es praktische Ärzte, Amtsärzte oder auch Hochschulprofessoren sein. Ist der Lehrer wenig geeignet, so ergibt sich von vornherein, daß auch der Lehrerfolg ein mäßiger sein wird. Es ist daher eine wichtige Frage, kann man etwas am Lehrer bessern. Man wird sich zunächst klar darüber sein müssen, daß man nicht verordnungsmäßig von einer bestimmten Ärztekategorie — in erster Linie ist an die Amtsärzte gedacht — einen obligatorischen Gesundheitsunterricht in einer bestimmten Form, z. B. von Vorträgen, fordern darf. Sieht man von jenen ab, die ohne Interesse sich ihrer Pflicht unterziehen und daher auch keinen erheblichen Einfluß ausüben können, so werden manche schlechte Redner trotz besten Willens bei ihrer Arbeit nur Enttäuschungen erleben und nichts erreichen. Hygienische Volksbelehrung als bestimmte Dienstaufgabe größerer Ärztekategorien wird nie zweckmäßig durchführbar sein. Das Auffinden einer genügenden Zahl befähigter, einigermaßen geeigneter Lehrer unter den Ärzten wird große Schwierigkeiten haben, sieht man auch ganz von der Möglichkeit entsprechender Entschädigung ab. Es ist möglich, daß vereinzelte dank angeborener Begabung diese Aufgabe leicht lösen können; andere werden durch entsprechende Anleitung und Übung zu brauchbaren Lehrern werden können. Es sollten sich daher die Ärzte, die sich dieser Aufgabe widmen wollen, klar sein, daß sie sich zunächst entsprechende Grundlagen — mögen sie sich auf das rhetorische Gebiet, mögen sie sich auf allgemeine pädagogische Kenntnisse beziehen — erwerben müssen. Demosthenes wurde nicht als Redner geboren, seine Rednerkunst verdankte er harter Vorarbeit. Dieser Mühe aber werden sich die wenig-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sten Ärzte unterziehen wollen, da sie sich durchschnittlich der hygienischen Volksbelehrung nur sehr gelegentlich widmen können. Man wird daher besser fahren, wenn man an Stelle gelegentlicher ärztlicher Mitarbeiter, auf deren Hilfe man natürlich nie ganz verzichten kann, zur hygienischen Volksbelehrung entsprechend vorgebildete Lehrkräfte heranzieht, die sich dieser Aufgabe mehr oder minder weitgehend hauptamtlich widmen. Die Anstellung derartiger Lehrer scheint für die Durchführung hygienischer Volksbelehrung nötig und sehr nutzbringend. Man wird sich hierbei zu fragen haben, müssen diese Lehrkräfte unbedingt Ärzte sein oder können als Wander- oder Gesundheitslehrer, wie man sie wohl bezeichnen dürfte, auch andere Personen — vielleicht gar zweckmäßiger — herangezogen werden. Man wird es einem Arzt nicht verübeln, wenn er eine derartige Aufgabe nur vorübergehend übernehmen will; jeder, der auf dem Gebiete gearbeitet hat, weiß, wie ermüdend und langweilig es wird, dauernd seine Belehrung zu wiederholen. Die tüchtigsten und geeignetsten Ärzte werden meist zuerst ihre Tätigkeit aufgeben. Man wird daher als Wanderlehrer zweckmäßiger andere Kräfte zu gewinnen suchen und hierbei auf solche zurückgreifen, die schon durch ihre Vorbildung geeignet sind. Gewinnt man Lehrer, die sich für die Aufgabe interessieren und bereit sind, nach vorgeschriebenem Muster die Belehrung zu erteilen, so werden sie wohl ohne Bedenken herangezogen werden können. Praktisch noch brauchbarer wie Lehrer erscheinen Schwestern mit Lehrbegabung, die auf gesundheitlichem Gebiete, sei es als Fürsorgerin, sei es als Krankenschwester, vorgebildet sind. Die Frau ist eher wie der Mann zu einer sich häufig wiederholenden Tätigkeit geeignet und treibt sie auch mit mehr innerlicher Neigung wie dieser. Nach den eigenen Erfahrungen erscheint als beste Lehrkraft eine Wanderlehrerin. Wie auch der Unterricht erteilt werden mag, in erster Linie wird die Wanderlehrerin eine wertvolle Mitarbeiterin bei der hygienischen Volksbelehrung werden. Das Heranziehen und die Anstellung von Wanderlehrern bzw. -lehrerinnen erscheint meiner Ansicht nach fast als einziger Weg, um richtige und ausreichende Lehrkräfte für eine hygienische Volksbelehrung, die für weiteste Volkskreise bestimmt ist, zu bekommen. Man muß bei ihrer Auswahl berücksichtigen, daß sie entsprechende rhetorische und pädagogische Begabung besitzen, daß sie sich den Eigenschaften ihres Schülerkreises entsprechend anpassen können, daß sie jenen nicht lernbaren Takt besitzen, der ihnen sagt, wie und in welchem Umfange sie sprechen dürfen. Die Wanderlehrerin wird nach einem bestimmten, auch im Einzelnen von sachkundigen Ärzten festgelegten Programm zu lehren haben; sie darf wohl das Lehrprogramm umformen, aber inhaltlich nicht von sich aus erweitern und verändern. Bei den Wanderlehrerinnen wird man auch leicht vermeiden können, daß der hygienischen Volksbelehrung irgend eine parteipolitische Färbung gegeben wird — Parteipolitik darf in keiner Weise mit hygienischer Volksbelehrung verquickt werden.

Mit der Wanderlehrerin wird man für die hygienische Volksbelehrung den Arzt nie ganz ausschalten können, gibt es doch Gebiete, über die nur der Arzt sprechen sollte, es sei z. B. an Vorträge über Geschlechtskrankheiten vor Männern erinnert. Weiterhin wird ein geeigneter Arzt immer von Zeit zu Zeit wirkungsvoll arbeiten können, zumal wenn er von aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wärts kommt und einen gewissen Namen hat. Mag der Arzt auch für die systematische Volksbelehrung ersetzbar sein, so ist er doch unbedingt nötig, um den Lehrkräften und gewissen Kreisen, die ihrerseits mehr oder minder direkt Einfluß auf gesundheitliche Erziehung des Volkes haben, hygienisches Wissen zu vermitteln.

Über Persönlichkeit und Eignung der Lehrkräfte läßt sich zusammenfassend sagen, ein dienstlicher Zwang zur Durchführung hygienischer Volksbelehrung soll bei beamteten Ärzten nicht durchgeführt werden, die hygienische Volksbelehrung erfordert, soweit der Lehrende eine natürliche Begabung nicht mitbringt, eine gewisse rhetorische und pädagogische Vorbildung, neben Ärzten sind zur Mitarbeit mit Nutzen andere Personen, z. B. Lehrer und Fürsorgerinnen, die nach einem ärztlich vorgeschriebenen Arbeitsprogramm arbeiten müssen, heranzuziehen. Der Arzt wird diese Personen zu unterrichten haben, ferner auch Kreisen, die direkt oder indirekt erzieherisch tätig sind, hygienisches Wissen vermitteln; bestimmte Vorträge bleiben nur dem Arzt vorbehalten. Systematische Gesundheitsbelehrung weiterer Volkskreise soll durch Wanderlehrer und -lehrerinnen ausgeübt werden.

Der Erfolg der Arbeit ist ebenso wie von der Eignung des Lehrers auch von der Art, Vorbildung und Aufnahmefähigkeit der Hörer abhängig. Man wird bei Erwachsenen anders wie bei Schülern, bei Männern anders wie bei Frauen, bei städtischer Arbeiterbevölkerung anders wie bei ländlicher Bevölkerung vorgehen müssen. Die Volksbelehrung wird sich ändern in den verschiedenen Teilen des Reiches, sie wird auch nach Stammeseigentümlichkeiten, aus konfessionellen Gründen, nach alteingewurzelten Volkssitten zu wechseln haben. Die Art der Darbietung wird bei einer intellektuell höher stehenden Mittelschicht eine andere sein wie bei weiteren Kreisen, deren Auffassungsgabe und geistige Aufnahmefähigkeit geringer ist. Kurz, der so außerordentlich verschiedenartige Hörerkreis erlaubt keinerlei schematische Behandlung der hygienischen Volksbelehrung, mag es sich um die Art oder Form der angewandten Belehrung handeln. Allgemeine Regeln lassen sich kaum aufstellen, oft werden nur ein feines Taktgefühl und gute Menschenkenntnis herausfinden können, wie ein bestimmter Kreis belehrt werden kann. Unbedingte Voraussetzung ist, daß die Darbietungen der Auffassungsgabe der Hörer entsprechen, daß sie an vorhandene Vorstellungen anknüpfen, daß sie durch ihre Art Volksanschauungen und Sitten i. B. ethischen Inhalts nicht verletzen, daß sie in verständlicher Art geboten werden, daß sie ihrem Inhalt entsprechend ernst wirken, daß sie die Hörer innerlich zu fassen und nachhaltiger zu beeinflussen suchen. Wie dies zu geschehen hat, wird sich aus dem Einzelfall ergeben, man wird hierbei mit Vorteil Erfahrungen, die bei Volksbelehrung auf anderen Gebieten gesammelt wurden, zu verwenden suchen.

Sicherlich sind alle Volkskreise gesundheitlicher Belehrung bedürftig, es wird aber praktisch nicht in kurzer Zeit durchführbar sein, an alle Kreise gleichmäßig heranzutreten, man wird zu erwägen haben, welche Kreise sind ihrer am Bedürftigsten, bei welchen kann man am Besten und Nachhaltigsten wirken. Die erste Frage ist sehr schwer zu beantworten, da das gesundheitliche Wissen des Volkes mehr wie mangelhaft ist, sie wäre auch praktisch schwer zu lösen, da erfahrungsgemäß die der Belehrung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bedürftigen zum großen Teil aus persönlicher Indolenz von der Volksbelehrung schwer oder gar nicht erfaßbar sind. Man kommt vielleicht weiter, wenn man fragt, warum hat das Volk ein unerfreuliches Nichtwissen, und wird bald eine Antwort finden. In der gesundheitlichen Belehrung des Volkes hat die Schule bislang so gut wie völlig versagt: das Wenige, was sie den Schülern mitgibt, ist wohl nach jeder Richtung ganz unzureichend. Will man mit hygienischer Volksbelehrung etwas erreichen, so muß man in der Schule eine gewisse Grundlage von gesundheitlichen Kenntnissen geben, auf denen eine Belehrung im späteren Lebensalter aufbauen kann. Sieht man heute bei der hygienischen Volksbelehrung nicht die erwarteten Erfolge, so liegt es daran, daß man in die Luft bauen will und nicht vorerst ein entsprechendes Fundament und Gerüst bei der Jugend geschaffen hat. Ein größeres Interesse an gesundheitlichen Fragen ist zweifelsohne im Volke vorhanden. Die jetzige bruchstückweise ohne festen Zusammenhang erfolgende Volksbelehrung, die einen irgendwie vorbereiteten Boden nicht findet, kann aber nicht viel erreichen.

Der Schule gehört in erster Linie die hygienische Volksbelehrung, sie muß beim Kind und Jugendlichen einsetzen. Ein gewisser Wissensschatz auf gesundheitlichem Gebiet ist dem Schulentlassenen mindestens ebenso wichtig wie ein Wissensschatz auf geschichtlichem und literarischem Gebiet; an letzterem wird vielleicht oft mehr wie nötig geboten, an ersterem so gut wie gar nichts. Der Ausbau des naturwissenschaftlichen, biologischen Unterrichts in den Schulen, wie er in den letzten Jahren mit steigendem Erfolg angebahnt wird, ist hoch erfreulich, er wird aber Stückwerk bleiben und seinen praktischen Zweck für das Leben nicht erfüllen, wenn er nicht in engste Verbindung mit dem Unterricht über gesundheitliche Lebensführung gebracht wird, wenn dem Schüler nicht eine gewisse Kenntnis über allgemeine Gesundheitsregeln mitgegeben wird. Gegenüber der gesundheitlichen Belehrung in der Schule tritt diese in späteren Lebensaltern, am erwartbaren Erfolg gemessen, weit zurück, der ersten wird man daher hauptsächlich sein Augenmerk zuwenden müssen. Nach dieser Richtung zu wirken, scheint meines Erachtens Hauptaufgabe des Reichs- und der Landesausschüsse zu sein, wenn sie wirklich weitsichtig für die Zukunft arbeiten wollen.

Man wird daneben die Einwirkung auf den Erwachsenen heute nicht vergessen dürfen, werden doch auch im besten Falle viele Jahre vergehen, bis die Jugend ein einigermaßen genügendes gesundheitliches Wissen hat. Hierbei wird besonders zu überlegen sein, wie man die Erwachsenen am besten erfassen kann. Zu den Darbietungen kommen im allgemeinen nur Personen, die ein überdurchschnittliches gesundheitliches Interesse haben. Naturgemäß spielt hier eine große Rolle eine entsprechende Propaganda, die nicht allein durch ihre Form wirkt. Man wird stets versuchen müssen, sie an den Einzelnen durch ihm nahestehende Organe, Organisationen, Presse usw. richtig heranzubringen. Bei der unheilvollen Spaltung und parteipolitischen Zerrissenheit unseres Volkes bestehen auch gegen Darbietungen, die gar nichts mit Parteipolitik zu tun haben, Mißtrauen und Voreingenommenheit, wenn sie nicht von Personen oder Stellen, denen man aus irgendwelchen Gründen nahesteht, angekündigt werden. Mehrfach haben Erfahrungen gezeigt, daß amtlich angekündigte Darbietungen nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geringen Zuspruch hatten, das Verhältnis wechselte vollkommen, wenn z. B. für sie die Gewerkschaften oder die Presse eintraten. Diesem Umstande muß besonders Rechnung getragen werden, es ist aber dringend zu wünschen, daß auch diese Stellen derartigen Volksaufgaben stets entsprechendes Interesse entgegenbringen, was leider nicht immer leicht zur Mitarbeit zu wecken ist. Man wird daher auch daran zu denken haben, sich mit seinen Belehrungsbestrebungen nicht immer sofort an weitere Volkskreise zu wenden, sondern erst jene Kreise, die ihrerseits die großen Schichten bestimmend beeinflussen, selbst entsprechend über die Arbeit der hygienischen Volksbelehrung aufzuklären. Diese Arbeit soll stets einer systematischen Volksbelehrung vorausgehen, ihre Vernachlässigung kann den weiteren Erfolg oft sehr in Frage stellen. Man wird auch in diesen Kreisen oft erst mit der Belehrung beginnen müssen. Man wird daher systematisch zunächst an jene Kreise, die mehr oder minder direkt erzieherisch auf das Volk wirken sollen, gesundheitlich belehrend herantreten. Sie können wiederum ihr neu erworbenes Wissen weiter vermitteln oder werden hierdurch zur Mitarbeit und Unterstützung dieser Bestrebungen veranlaßt. Die Art, durch Mittelspersonen auf weitere Kreise zu wirken, wird bei der hygienischen Volksbelehrung noch viel zu wenig angewandt. Auch bei geistig recht hochstehenden Kreisen stößt man auf betrüblichste Lücken im gesundheitlichen Wissen, sie müssen erst ausgefüllt werden, bevor an die große Menge wirksam herangetreten werden kann. Man steht hier Schichten gegenüber, bei denen die gesundheitliche Belehrung auf einen etwas vorbereiteten und vielleicht auch fruchtbaren Boden fällt, es ist in erster Linie an die Volksschullehrer, die Geistlichen und anderer mit der Erziehung der Volkskreise in engerer Beziehung stehende Personen gedacht.

Faßt man zusammen, so ist zu sagen, der verschiedenartige Hörerkreis erlaubt kein schematisches Arbeiten, die Art der Belehrung muß sich jeweilig nach Inhalt und Form anzupassen wissen. Vornehmlich hat die hygienische Volksbelehrung bei der Jugend in der Schule einzusetzen. Der Erwachsene muß in richtiger Form und durch entsprechende Organe zu den Darbietungen herangezogen werden. Bevor an die systematische Belehrung weiterer Volkskreise heranzugehen ist, soll die hygienische Volksbelehrung sich zunächst an jene Personen wenden, die selbst mehr oder minder direkt erzieherisch tätig sind.

Bezüglich des Lehrgebietes wird man sich, soweit es die Technik betrifft, sehr kurz fassen können. Notwendig ist ein gewisses systematisches Vorgehen beim gesundheitlichen Unterricht. Gewisse allgemeine biologische Vorkenntnisse, die Bekanntschaft mit dem Wesentlichen aus der menschlichen Anatomie und Physiologie sind Voraussetzungen, ohne die eine hygienische Volksbelehrung keinen rechten Erfolg hat. Bei der Darbietung des weitgehenden Unterrichtsstoffes wird man zur Belehrung des Unterrichts und zur Förderung der Allgemeinbildung oft Grenzgebiete streifen, neben naturwissenschaftlichen Fächern werden z. B. Ethnologie, Kunst u. a. berührt werden können, man wird auch, wo es geht, stets auf die Zusammenhänge zwischen Volksgesundheit und Staatspolitik hinweisen, wird zu zeigen suchen, daß der einzelne, als Glied des Ganzen, seinem Volke gegenüber auch gesundheitliche Verpflichtungen hat. Besonders

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dringende gesundheitliche Fragen, die gewissermaßen aktuell sind, können außerhalb des Rahmens systematischer hygienischer Belehrung behandelt werden, bei ihrer Besprechung muß aber stets auf Grund der normalen biologischen Verhältnisse aufgebaut werden, gewissermaßen muß hier der Gang der systematischen Belehrung kurz wiederholt werden. Was die hygienische Volksbelehrung heute treibt, ist im Grunde genommen nur eine Belehrung über dringende aktuelle Gesundheitsfragen, eine systematische Gesundheitsbelehrung hat sich noch kaum in allerersten Anfängen entwickelt. Man wird sich für die nächste Zeit bei einer systematischen Gesundheitsbelehrung im Stoff sehr beschränken müssen; es kommt vor allem darauf an, daß die wichtigsten allgemeinen Gesundheitsregeln in den Schulen eindringlichst der heranwachsenden Bevölkerung beigebracht werden. Erst dann, wenn diese Gemeingut geworden sind, sollte man daran denken, die Gesundheitsbelehrung in einzelnen Teilen weiter auszubauen. Man wird stets das alte Sprichwort „Multum, non multa" gelten lassen müssen.

Ist man sich über Lehrer, Lernende und Lehrgebiet einigermaßen klar geworden, so wird schließlich die Frage, welche Lehrarten sind am geeignetsten, zu erörtern sein. Die wirksame Belehrung erfolgt von Person zu Person, sozusagen unter vier Augen, sie scheint zunächst nur beschränkt durchführbar, ist aber sehr erweiterungsfähig. Diese gesundheitliche Belehrung hätte hauptsächlich durch Arzt und Fürsorgerin zu erfolgen. Letztere hat bei ihren Hausbesuchen an vorgefundene hygienische Mißstände anzuknüpfen und kann hierbei auch weitgehende gesundheitliche Belehrung geben. Bei der Ausbildung und Dienstanweisung der Gesundheitsfürsorgerinnen wäre dieser wichtigen Aufgabe größte Beachtung zu schenken. Zur Gesundheitsbelehrung ist Zeit erforderlich, die die Fürsorgerin jedenfalls reichlicher als der Arzt hat. Wäre der Arzt noch wie ehemals der Hausarzt, der mit seinen Patienten jahrzehntelang in enger persönlicher Fühlung stand, so wäre er der gegebene Gesundheitslehrer der Familie, leider hat sich aber dieses gegenseitige schöne Verhältnis fast allgemein zu seinen Ungunsten geändert, daß der Arzt als Gesundheitslehrer der Familie kaum noch ernstlich in Betracht kommt.

Die Belehrung eines größeren Kreises erfolgt meist in der Form eines Vortrages. Ein Vortrag ohne Demonstrationen und Bildern ist ermüdend und erweckt nicht leicht das nötige Interesse; sie sollen daher in irgend einer Form nicht fehlen, zumal sie auch das Verständnis für den vorgetragenen Stoff außerordentlich erleichtern. Man soll den Vortrag in seiner Wirkung nicht zu sehr überschätzen, mit ihm allein wird man nicht auskommen, er ist sehr wichtig, ja unersetzlich zur Erörterung einzelner gesundheitlicher Tagesfragen, zu systematischer Belehrung genügt er aber nicht, zumal wenn er nur als gelegentlicher Einzelvortrag in Frage kommt. Die Vorträge, die selbstverständlich nur wissenschaftlich feststehende Kenntnisse vermitteln dürfen, sollen nicht dazu dienen, sensationelle Neuigkeiten zu verbreiten, sie sollen aber zu Fragen, die oft sehr unberechtigt vorzeitig von anderen Stellen in das Volk getragen werden, kritisch Stellung nehmen und hierdurch möglichst verhüten, daß halbes oder falsches Wissen sich im Volke einnistet. Die Vorträge sollen sich vor Phrasen und Übertreibungen hüten, nicht schwülstig und pathetisch sein, volkstümliche Vergleiche anwenden, Fremdwörter ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meiden und in gutem Deutsch gehalten werden. Beim Vortrag darf das Gefühl schematischer, gleichgültiger Behandlung nicht erweckt werden. Die rhetorische Darbietung soll einwandfrei sein, gegen alle derartigen Fehler ist der Mann aus dem Volke sehr empfindlich, sie können leicht die Wirkung des inhaltlich besten Vortrages voll verderben.

Vortragszyklen sind zur Belehrung wertvoll, wenn man sich an engere Kreise wenden will, bei weiteren Volksschichten ist gewöhnlich zu ihrer Anwendung nicht zu raten, da die Hörer kaum regelmäßig eine Reihe von Vorträgen besuchen. Der Gedanke, auf Grund eines Vortrages einen gewissen Hörerkreis zu gewinnen, diesen für weitere Belehrung zu einer kleinen Arbeitsgemeinschaft zusammenzuschließen, ist an sich nicht wertlos, es wird sich aber hier meist um besonders interessierte Personen handeln. Man wird an diese Zusammenarbeit weniger für allgemeine Kreise denken als für jene Personen, die ihrerseits wieder gesundheitliches Wissen weitertragen sollen. Immerhin wird diese Arbeitsmethode sehr beschränkt bleiben, für allgemeine Anwendung wird man sie kaum empfehlen.

Kurse mit praktischen Demonstrationen, die z. B. von Wanderlehrerinnen abgehalten werden, haben sich mancherorts z. B. für die Säuglingspflege mit guten Erfolgen eingebürgert, mag es sich um Kurse für Mütter oder jüngere Mädchen, z. B. Fortbildungsschülerinnen, oder andere Personen handeln. Man wird in derartigen Kursen umgrenzte und nicht zu umfangreiche Gebiete behandeln, hierbei aber nach Möglichkeit auch Gelegenheit nehmen, andere, in gewisser Beziehung mit dem Hauptthema stehende gesundheitliche Fragen zu erörtern. Derartige Kurse sollen weitgehend eingeführt und ausgebaut werden, von ihnen ist zweifelsohne ein günstiger Einfluß zu erwarten.

Wie ein Gesundheitsunterricht in der Schule zu erteilen ist, welche Voraussetzungen hierfür zu erfüllen sind, welche Gebiete behandelt werden sollen, bedarf noch reichlicher Erörterung und Klärung, daß diese wichtigste Frage der hygienischen Volksbelehrung hier nur zu erwähnen ist und einer besonderen eingehenden Besprechung vorbehalten bleiben sollte.

Die Heranziehung der Presse zur hygienischen Volksbelehrung hat trotz mannigfachster Versuche bisher keinen rechten Erfolg gehabt. Der umfangreiche Stoff an politischen und anderen Tagesneuigkeiten, die durch die Papierpreise bedingte Herabsetzung des Zeitungsumfanges erlauben leider dem Redakteur nicht genügend Platz für gesundheitliche Notizen. Sicherlich dürfte die Presse zumal bei gesundheitlichen Tagesfragen sehr wirksam mitarbeiten können, es scheint aber doch, daß man noch nicht den richtigen Weg zur Presse gefunden hat. Solange man hierüber nicht klar ist und nicht eine gewisse Sicherheit besteht, daß auch die Presse eingesandte Notizen in größerem Umfange aufnimmt, scheint die Schaffung einer zentralen hygienischen Korrespondenz, die es am leichtesten erlauben würde, einwandfreie Nachrichten aus gesundheitlichen Gebieten zu verbreiten, nicht als vordringlich. Ob eine eigene Zeitschrift, die der hygienischen Volksbelehrung dienen soll, in weite und ihrer wirklich bedürftige Kreise dringt, muß angezweifelt werden, sie kann dagegen wieder von großem Werte für jene Kreise sein, die ihrerseits das Gelernte im Unterricht oder anderweitig weitergeben wollen. Die Blätter für Volksgesundheitspflege dürften für die nächste Zeit dieser Aufgabe voll genügen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nicht unwichtig erscheint es — der Weg ist sehr wohl gangbar —, Aufsätze hygienischen Inhalts in Volkskalender usw. zu bringen, die erfahrungsgemäß besonders auf dem Lande sehr eingehend gelesen werden. Man wird auch mehr wie bisher versuchen müssen, mit ähnlichen Aufsätzen Eingang in periodisch erscheinende konfessionelle, gewerkschaftliche und ähnliche Zeitschriften zu finden. Es sollte eine Aufgabe des Reichsausschusses werden, hierfür geeignete Aufsätze zu gewinnen und sie diesen Stellen zu vermitteln. Ebenso wird man versuchen müssen, in Schulbücher mehr entsprechende Lesestücke hereinzubringen, doch diese Frage geht Hand in Hand mit dem Ausbau des Gesundheitsunterrichts in der Schule.

Die Verwendung von Merkblättern für Belehrungszwecke ist an sich nicht nutzlos, wird aber in ihrer Wirkung vielfach überschätzt. Viele Merkblätter sind durch ihre Abfassung nicht wirkungsvoll, sie enthalten meist zu viel, sind bisweilen schwer verständlich und erregen auch zum Teil durch ihre äußere Form und ihren Druck nicht das entsprechende Interesse. Merkblätter in schöner Form und von größerer Haltbarkeit haben, zumal wenn sie als eine Art von Zimmerschmuck zu verwenden sind, viel mehr Erfolg als unansehnliche Merkblätter auf schlechtem Papier; ihrer Verwendung stehen heute die sehr hohen Herstellungskosten hinderlich im Wege. Man wird zur Herstellung mustergültiger Merkblätter viel von der Reklame, vor allem aber von ähnlichen Erzeugnissen anderer Länder, i. B. Amerikas, lernen können. Eine einfache Verteilung von Merkblättern hat nicht viel Nutzen, die Leute werfen die Blätter vielfach ungelesen fort. Eine Merkblätterverteilung soll nur nach entsprechender Belehrung, besonders in der Schule erfolgen. Bei Erwachsenen hat gewöhnlich ein käuflich erworbenes Merkblatt mehr Interesse, es wird aber nur von einem kleinen Kreise erworben.

Das Plakat hat gewissen Wert, um in gesundheitlichen Einzelfragen zur Belehrung zu dienen. Für diese Plakate bestimmen die gleichen Voraussetzungen wie für das allgemeine Reklameplakat die Wirkung. Der Inhalt muß kurz und treffend sein, die Darstellungsart muß das Publikum heranziehen. Mit Plakaten wird man zweifelsohne weiteren Bevölkerungskreisen eine gewisse Belehrung in Einzelfragen nahebringen können, wenn geeignete Plakate genügend verbreitet werden können und auch von Zeit zu Zeit gewechselt werden. Einfachste Gesundheitsregeln lassen sich in dieser Form wohl dem Publikum einprägen. Eine weitgehende Verwendung guter Plakate scheitert aber zumeist an den großen Unkosten. Jedes neue Plakat bedarf vor der Herstellung genauer Prüfung auf seine Wirksamkeit, man wird sich nicht scheuen brauchen, zu dieser Prüfung einen Reklamefachmann heranzuziehen.

Lichtbilder und Filme werden im Allgemeinen nur in Verbindung mit erläuternden Vorträgen vorzuführen sein. Die Auswahl und Zusammenstellung der Lichtbilder muß von sachkundiger ärzlicher Seite erfolgen. Die Lichtbilder dürfen nicht zu wissenschaftlich gehalten sein, vielfach wird man schematische Darstellung wählen, darf aber hierbei nie vergessen, daß zu schematische Bilder oft schwer verständlich sind. Bei den Lichtbildern ist, besonders soweit es sich um statistische Darstellungen handelt, die zwar nicht zu vermeiden sind, aber möglichst sparsam ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geben werden sollen, stets darauf zu sehen, daß die Darstellungsart sich möglichst volkstümlichen Begriffen und Anschauungen nähert. Statistische Zahlen sind nicht in Kurven oder Säulenform zu geben, immer sollen bildliche Vergleiche aus dem Leben gezogen werden, mag diese Methode auch wissenschaftlich nicht ganz einwandfrei erscheinen. Entsprechendes gilt für belehrende Tafeln. Man wird bei diesen Darstellungen auch darauf zu achten haben, daß sie ästhetisch gut wirken, man wird künstlerischen Kitsch vermeiden. Auch gesundheitliche Tafeln können — das zeigen zum größten Teil die mustergültigen Gesundheitstafeln des Dresdener Hygiene-Museums — und sollen auf das Auge des Volkes künstlerisch erziehend wirken.

Das Kino wird mehr und mehr zur hygienischen Volksbelehrung herangezogen. Von der Wirkung gesundheitlicher Filme darf man wohl Manches erwarten. Auch hier gilt Ähnliches wie für die Darstellung von Lichtbildern und Tafeln. An einigen neuen Gesundheitsfilmen läßt sich Allerlei lernen, die Filme dürfen nicht zu lang sein, nicht zu Verschiedenartiges enthalten, sie dürfen in der Darstellung einzelner Vorgänge nicht zu kurz sein, sie müssen sich dem Volksmilieu anpassen. Bilder, die Lebensverhältnisse zeigen, wie sich nur die Reichsten leisten können, sind zu verwerfen, sie erfüllen nicht ihren Zweck und können unter Umständen Mißstimmung erzeugen. Bei der Aufnahme der Filme soll Rücksicht genommen werden, daß sie in allen Teilen des Reiches, in Stadt und Land aufgeführt werden können. Die im Film gegebenen Erläuterungen sollen allgemein verständlich und sachlich sein. Die Herstellung großer Filme, deren Aufführung im allgemeinen stets ein entsprechender Vortrag vorausgehen soll, wird für die nächste Zeit wohl der Kosten wegen beschränkt bleiben, man wird daher eher an die Herstellung kürzerer Zwischenstückfilme (technisch Schwanzfilme genannt) herangehen. Abgesehen von den geringen Herstellungskosten haben derartige, etwa fünf Minuten lang laufende Filme den Vorteil, daß sie leichter in den Spielplan der Kinos aufgenommen werden und hier neben den üblichen, auch hygienisch meist sehr wenig begrüßenswerten großen Spielfilmen von einem Publikum gesehen werden, das eines Gesundheitsfilms wegen das Kino nicht aufsuchen wird.

In größeren Städten werden Wanderausstellungen stets großen Zulauf haben und zweifelsohne von Wirkung auf die Bevölkerung sein. In Mittel- und Landstädten werden Ausstellungen dieser Art meist wegen der hohen Fracht- und Personalkosten schwer vorzuführen sein. Die größeren Wanderausstellungen, wie sie teils von Landesverbänden, teils vom Hygienemuseum in musterhafter Weise eingerichtet und vorgeführt werden, müssen für das Land durch einfachere Einrichtungen ersetzt werden. Bewährt haben sich nach eigenen Erfahrungen Ausstellungen hygienischer Tafeln, die durch zum Teil am Ort improvisierbares Demonstrationsmaterial ergänzt werden können. Eine neue Einrichtung wurde in der Pfalz geschaffen. Das Ausstellungsmaterial wird in einem Wagen, der zur Hälfte der Aufbewahrung, zur Hälfte als Schlafraum für einen Wärter dient, im Lande von Ort zu Ort gefahren, Fürsorgerinnen üben die Aufsicht in der Ausstellung aus, stehen zu Erläuterungen bereit und veranstalten Führungen, die bei jeder Ausstellung stattfinden sollen. Die Beschaffung der Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellungsräume stößt öfter auf Schwierigkeiten und verursacht hohe Kosten. Bei kleinen Ausstellungen lassen sich auf dem Lande mit Nutzen Schulräume verwenden. Man wird daran denken können, mit Wanderausstellungen Volksfeste und Jahrmärkte aufzusuchen, hier an Stelle der anatomischen Schaubuden gute Ausstellungen in entsprechender Form zu veranstalten. Man kann hier auch — die Volksbelehrung in Frankreich durch die Amerikaner liefert nachahmenswerte Beispiele — das auf manchen Volksfesten beliebte Kasperltheater mit Aufführung geeigneter kleiner Stücke zur Volksbelehrung heranziehen.

Das Lehrmaterial muß von Stellen geschaffen werden, die einerseits wissenschaftlich einwandfreies Material liefern können, anderseits aber auch über entsprechende Erfahrungen in der technischen und wirksamen Darstellung der Ausstellungsgegenstände verfügen. Es wird im allgemeinen wesentlich billiger sein, wenn eine Stelle in größerer Zahl Ausstellungsmaterial herstellt. Man kann dem Dresdener Hygiene-Museum nicht dankbar genug sein, daß es mustergültiges und durchaus preiswertes Belehrungsmaterial herstellt. Der Ausbau dieser Einrichtung muß von Reichs- und Landesausschüssen zum eigenen Nutzen in jeder Richtung tatkräftigst unterstützt werden. Verfügen andere Stellen über eigene Möglichkeit zur Herstellung von Lehrmaterial, so ist es wünschenswert, daß gegenseitiger Austausch z. B. von Negativen, Abgüssen usw. erfolgt, daß diese Stellen in enger Fühlung stehen, um auch ihre Erfahrungen gegenseitig auszutauschen.

Die Verleihung und Verteilung des Lehrmaterials erfolgt am zweckmäßigsten durch die Landesausschüsse, der Betrieb muß so organisiert sein, daß das Material sicher zur bestimmten Zeit geliefert, aber auch entsprechend schnell wieder zurückgesandt wird. Die Verpackung muß gut und zweckdienlich sein, damit durch Bruch auf dem Transport nicht zu große Kosten entstehen, sie muß so einfach sein, daß sie auch durch Ungeübte sicher erfolgen kann.

Die Organisation der hygienischen Volksbelehrung soll möglichst einfach, aber praktisch sein, nach eigenen Erfahrungen erscheint eine gutarbeitende Geschäftsstelle für ein Land wie Bayern völlig ausreichend, die mit entsprechenden Sachkundigen die Belehrung vorbereitet, das Belehrungsmaterial zusammenbringt und ausleiht, die aber auch durch persönliche Beziehungen sich bemüht, die Außenarbeit am Leben zu erhalten und zu neuer Tätigkeit anzuregen. Eine gut arbeitende Geschäftsstelle ist erste Voraussetzung für wirksames Arbeiten, es müssen hierfür besonders geeignete Persönlichkeiten ausgesucht werden. Derartige Zentralen haben in engster, womöglich auch räumlicher Fühlung mit anderen der Gesundheitsfürsorge dienenden Landesorganisationen zu arbeiten, sie haben anzustreben, daß alle irgendwie gesundheitlicher Volksbelehrung dienende Bestrebungen in ihre Hand kommen. Die Geschäftsstelle muß durch persönliche Fühlung sorgen, daß eine Zersplitterung in der hygienischen Volksbelehrung nicht erfolgt, daß wilde, persönlichen Geschäftsinteressen dienende Bestrebungen auf diesem Gebiet nicht aufkommen oder, wenn sie einwandfrei sind, mit ihr zusammenarbeiten. Beiräte mit zahlreichen Mitgliedern, besondere Ortsausschüsse u. a. haben sich nach den eigenen Erfahrungen nicht als unbedingt nötig erwiesen, es hat sich im allgemeinen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gezeigt, daß nur dort, wo eine Person, die sich mit warmem Interesse dieser Aufgabe annimmt, etwas geleistet wird, daß Ausschüsse u. a., die irgendwie auf dem Verordnungswege gebildet werden, aber einer entsprechenden Persönlichkeit entbehren, ein Scheindasein führen und eher die Lehrarbeit erschweren als wesentlich fördern. Bei der örtlichen Belehrungsarbeit wird man großen Wert darauf zu legen haben, daß sie stets in enger Fühlung mit den vorhandenen Fürsorgeeinrichtungen steht, sie wird hier manche Unterstützung finden, hat aber auch ihrerseits die Aufgabe, für diese die Bevölkerung zu interessieren.

Soweit die entstehenden Unkosten nicht durch öffentliche Mittel gedeckt werden können, sind sie durch Eintrittsgelder, Kursgelder usw. aufzubringen. Sie können im Allgemeinen wohl in den Städten ohne Schwierigkeit erhoben werden, auf dem Lande bestehen hiergegen hin und wieder Bedenken, man wird in diesen Fällen durch Zuschüsse von Kommunen und Vereinen usw. einen Teil der Unkosten decken können. Ein gewisser finanzieller Ertrag aus derartigen Quellen ist notwendig, da die erheblichen Kosten aus Landesmitteln allein nie getragen werden können und getragen werden sollen, es erscheint nicht unbillig — und wird auch meist nicht so empfunden —, daß jeder, der Belehrung erfährt, hierfür ein gewisses Entgeld gibt.

Die Vorbereitung der einzelnen Darbietungen muß in richtiger Weise erfolgen, sie hat nach vorheriger Fühlungnahme mit entsprechenden Stellen und Vereinen (Gewerkschaften, Vereine vom Roten Kreuz, Bauernvereine u. a.) zu erfolgen; der Presse sollen kleine hinweisende Notizen für den lokalen Teil zugehen, die Inserate und Plakate sind entsprechend vorzubereiten und zu verbreiten, für den Lichtbilderapparat und seinen Anschluß ist frühzeitig zu sorgen, daß der Vortragende selbst von derartigen, oft sehr störenden Vorbereitungen möglichst entlastet ist. Auch hier hat die Geschäftsstelle des Landesverbandes mitzuwirken, sie hat entsprechende Drucksachen, Formulare, Plakate, bereitzuhalten und zu verteilen. Die Zeit der Darbietungen muß richtig gewählt werden. Man wird z. B. vermeiden, zur Zeit von politischen Wahlen oder während anderer ihren Zwecken sehr entfernt liegenden Veranstaltungen Vorträge gesundheitlichen Inhalts zu halten, man muß darauf achten, daß die Veranstaltungen nicht auf Tage fallen, an denen andere für die Bevölkerung zugkräftigere Versammlungen u. a. stattfinden.

Bei der Technik der hygienischen Volksbelehrung ist gar vieles, oft recht nebensächlich Erscheinende gut zu beachten, dauernd wird man neue Erfahrungen sammeln und aus Mißgriffen lernen. Das Gebiet ist noch zu neu, um sich heute schon in allen Fragen klar zu sein, die bisherige Arbeit hat aber genügt, um wenigstens die technisch wichtigsten Hauptpunkte zu erkennen und über ihre Verbesserung nachzudenken. Man wird der Technik der Belehrung auch weiterhin größte Aufmerksamkeit schenken müssen und auf Grund neuer Erfahrungen stetig die Arbeitsmethodik verbessern, bis sie vielleicht schließlich mit dazu führt — man muß aber jahrelang Geduld haben —, daß man Früchte einer Arbeit ernten kann, die teilhaben will an einem Wiederaufbau des deutschen Volkes. Man darf hierbei nicht vergessen, daß die hygienische Volksbelehrung nicht für sich allein gehen darf, daß sie nur biologisches und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesundheitliches Wissen verbreiten soll, sie muß auch stets ihren sittlichen Kern betonen, sie muß vielmehr, wie sie es bislang tat, an der ethischen Hebung des Volkes mitarbeiten. Nur wenn Hygiene und Ethik Hand in Hand gehen, wird ein Erfolg kommen; eine gesunde Lebensführung setzt eine sittliche Lebensauffassung voraus, ohne deren Hebung, die die heutige Zeit so dringend braucht, auch ein wahrer Erfolg der hygienischen Volksbelehrung nicht möglich sein wird.

[Aus dem Gesundheitsfürsorgeamt der Stadt Köln. Leiter: Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig.]

Ärzte und Fürsorge für Lungenkranke.

Die Entwicklung in Köln vom Beginn der Fürsorge bis heute [1]).

Von Dr. Vonessen, Stadtarzt.

Wenn auch Ende des vorigen Jahrhunderts planmäßige Fürsorgeeinrichtungen für Tuberkulöse, von einzelnen rühmlichen Ausnahmen wie in Halle abgesehen, noch nicht bestanden, so traten doch fast allenthalben mehr und mehr Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit durch öffentliche Fürsorge, meist im Anschluß an die öffentliche Armenpflege hervor, so auch in Köln. Die Mitwirkung von Ärzten war dabei von vornherein unerläßlich, da die ärztliche Feststellung der Lungenerkrankung die selbstverständliche Voraussetzung jedes Eingreifens der Fürsorge bildete. Ja, es war anfangs sogar lediglich der Initiative der Ärzte überlassen, für ihre Lungenkranken Heilstätten- oder Erholungskuren — andere Fürsorgemaßnahmen kamen damals noch kaum in Frage — zu veranlassen, sei es für Arme durch Vermittlung der städtischen Armenverwaltung, sei es für andere versicherte oder nicht versicherte Kranke durch die Versicherungsanstalten oder wohltätige Vereine.

Planmäßig vorgesehen war jedoch in Köln schon verhältnismäßig früh die Bekämpfung der Tuberkulose durch die Schule bzw. die Schulärzte. Diese hatten nach ihrer Dienstanweisung ihr Augenmerk auf die Ermittlung tuberkulöser Kinder zu richten und gegebenenfalls die Ausschließung der mit ansteckungsfähiger Tuberkulose Behafteten aus der Schule zu veranlassen. Das Ergebnis war allerdings recht bescheiden: Es wurden nämlich im Jahre 1901 9, 1902 und 1903 je 12 Fälle von Tuberkulose unter etwa 50 000 Schulkindern von den Schulärzten festgestellt und gemeldet.

Erst im Jahre 1903 hören wir, daß die Armenärzte von der städtischen Verwaltung ausdrücklich darum ersucht werden, dem Vorkommen von Tuberkulose unter ihren Patienten besondere Aufmerksamkeit zu schenken und die erforderlichen Maßnahmen, die besonders nach der Seite der Familienfürsorge hin wesentlich erweitert wurden, bei der Verwaltung

[1]) Der vorliegende Aufsatz ist ein in sich abgeschlossener spezieller Teil einer allgemeineren Arbeit: „Die Entwicklung der Tuberkulosebekämpfung in Köln", die demnächst andernorts erscheinen wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anzuregen. Es ist zwar verständlich, aber immerhin bedauerlich, daß die neuen Gedanken und Bestrebungen auch unter den Ärzten als den eigentlichen Fachleuten sich nur sehr langsam und allmählich durchsetzen konnten. Es hätte nicht dazu kommen dürfen, daß die städtische Verwaltung einige Monate nach der planmäßigen Einrichtung der Tuberkulosebekämpfung, trotzdem deren Grundsätze „die rückhaltlose Billigung" der (vorher befragten) Ärzte gefunden hatten, ihr Erstaunen darüber aussprechen mußte, daß Anträge auf Eingreifen der Fürsorge „bisher so gut wie nicht gemacht worden seien", obschon in den Krankheitsattesten nicht selten „Lungenleiden" angegeben sei. Diese Zurückhaltung, wie erst recht der gelegentlich bemerkbare Widerstand der Ärzte (vgl. unten) ist sicher weder den Interessen der Fürsorge noch auch den Interessen der Ärzte förderlich gewesen.

Einen weiteren Ausbau der Fürsorge bedeutete die Einrichtung von „Wohlfahrtsstellen" für Lungenkranke im Jahre 1904. Neben den Armenärzten, auf deren Mitwirkung in der bisherigen Weise auch fernerhin gerechnet wurde, dienten die „Wohlfahrtsstellen", von denen eine im städtischen Augustahospital, andere in vier Privatkrankenhäusern in verschiedenen Stadtteilen eingerichtet wurden, der Ermittlung solcher Lungenkranken, die zwar nicht armenrechtlich hilfsbedürftig, aber doch minderbemittelt waren. Grundsätzlich konnte sich jeder dort auf Lungentuberkulose untersuchen lassen. Der Arzt der Wohlfahrtsstelle brachte nach vorgedrucktem Schema in jedem Falle die für erforderlich erachteten Maßnahmen in Vorschlag. Ärztliche Behandlung fand in der Wohlfahrtsstelle nicht statt.

Von den Wohlfahrtsstellen wurde die im städtischen Augustahospital fast ausschließlich in Anspruch genommen. Der Grund hierfür ist wohl darin zu suchen, daß die Armenärzte ihre Pflegebefohlenen nur der städtischen Stelle überwiesen. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß man die Wahrnehmung des Dienstes an der Wohlfahrtsstelle im städtischen Augustahospital einem Arzt übertrug, der auf Grund spezieller Vorbildung in einer Lungenheilstätte besonders dafür geeignet erschien.

Daß die Einrichtung der Wohlfahrtsstellen einem dringenden Bedürfnis entgegenkam, dafür gibt der erste Bericht der städtischen Stelle unzweideutige Beweise. Sie hatte in den ersten zehn Monaten 847 Untersuchungen an 737 Kranken aufzuweisen, von denen die Mehrzahl durch die Organe der Armenpflege, die übrigen teils vom behandelnden Arzt geschickt, teils aus eigenem Antrieb gekommen waren. Unter den Untersuchten war besonders aufgefallen „die enorm große Zahl der tuberkulösen Kinder im schulpflichtigen Alter", die 17 Proz. aller Untersuchten ausmachten (vgl. damit das obige Ergebnis). Diese Kinder hatten teils ausgesprochene Lungentuberkulose, teils mehr oder weniger ausgedehnte Drüsentuberkulose. Weiter war aufgefallen die große Zahl von Frauen mit weit vorgeschrittener Lungentuberkulose, eine Tatsache, die sicher nicht zu Unrecht damit erklärt wurde, daß die Frauen im Gegensatz zu den Männern meist keiner Krankenkasse oder Sozialversicherung angehörten. Nur ungern verzeichnet man ferner die Klage des Berichtes, daß in vielen Fällen ärztlicherseits Kranke zur Einleitung einer Heilstättenkur überwiesen würden, die wegen ihrer weit vorgeschrittenen Lungentuberkulose oder wegen sonstiger Komplikationen dafür durchaus ungeeignet seien, während andererseits sehr oft ausgesprochene Tuberkulose festzustellen sei bei solchen Kranken, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wochen-, ja monatelang als Neurastheniker, Simulanten usw. behandelt worden wären. Dieser Erfahrung gegenüber betont der Bericht die Notwendigkeit, daß der leitende Arzt der Fürsorgestelle auch spezialistisch in einer Lungenheilstätte vorgebildet sei, damit die Fürsorgemaßnahmen für die einzelnen Kranken in richtiger, zweckdienlicher Weise getroffen und die für eine Heilstättenbehandlung geeigneten Fälle richtig ausgesucht würden. Als außerordentlich wichtig bezeichnet es ferner schon dieser erste Bericht der Kölner Wohlfahrtsstelle, daß man im Interesse eines guten Einvernehmens zwischen Wohlfahrtsstelle und Ärzteschaft an dem Grundsatz festhalten müsse, nur solche Kranke zu untersuchen, die nicht in ärztlicher Behandlung ständen oder die vom behandelnden Arzt selbst der Wohlfahrtsstelle zur Untersuchung überwiesen würden. Tatsächlich hat man diesen Grundsatz in Köln bis heute streng befolgt und Untersuchungen von seiten der Fürsorgestelle stets nur im Einverständnis mit dem behandelnden Arzt vorgenommen.

Der Bedeutung dieses Berichts kann das absprechende Urteil, das einer der an den anderen Wohlfahrtsstellen tätigen Ärzte über die neue Einrichtung am Ende des ersten Jahres abgab, keinen Abbruch tun. Der betreffende Arzt schreibt: „Ich glaube, daß die Fürsorgestellen für Lungenkranke nie eine große Bedeutung erlangen werden. In Belgien, wo die Invalidenversicherung fehlt, liegen die Verhältnisse anders. Hier bei uns hat das Publikum den Eindruck, daß von der Fürsorgestelle aus doch nicht viel geschehen kann. Wenn Stadt und Staat ihre Pflicht tun, sind die Fürsorgestellen überflüssig." Dieses Urteil erscheint erklärlich, wenn man hört, daß die betreffende Wohlfahrtsstelle im ersten Jahre nur zwölf Untersuchungen aufzuweisen hatte. Die anderen Stellen hatten eine noch geringere Anzahl, fünf bzw. drei bzw. keine Untersuchungen im ersten Jahre gehabt.

Gegen die neue Einrichtung machte sich bald schon ein gewisser Widerstand von seiten der Ärzteschaft bemerkbar. Die Schulärzte lehnten es nämlich ab, tuberkuloseverdächtige Schulkinder den Wohlfahrtsstellen zur Untersuchung zuzuweisen, mit der Begründung, daß sie selbst durchaus imstande seien, in verdächtigen Fällen durch wiederholte Untersuchung und Zuhilfenahme der bakteriologischen Auswurfuntersuchung die endgültige Diagnose zu stellen. Dagegen erklärten sie sich bereit, die von ihnen als tuberkulosekrank befundenen Kinder der Fürsorgestelle namhaft zu machen (Oktober 1905).

Einen Markstein in der Entwicklung der Fürsorge bedeutet der Übergang der Fürsorge für Lungenkranke vom Dezernat der Armenverwaltung an das neugeschaffene Dezernat des ärztlichen Beigeordneten Professor Dr. Krautwig (April 1906). Die Fürsorge wurde wesentlich erweitert und auf die ganze minderbemittelte Bevölkerung ausgedehnt.

Für die Organisation des ärztlichen Teiles der Fürsorge war ein Beschluß maßgebend, den die Vertreter der Ärzteschaft und der Stadtverwaltung in einer gemeinsamen Besprechung faßten: „Nach Möglichkeit sind die behandelnden Ärzte mit dem ärztlichen Teil der sozialhygienischen Fürsorge für Tuberkulöse zu beauftragen.... Die Ärzte sind der Ansicht, daß da, wo die Diagnose für sie feststeht, eine weitere ärztliche Untersuchungsstelle für die Diagnose nicht mehr notwendig ist. Für zweifelhafte Fälle

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halten sie zur Aufklärung die Beobachtung im Krankenhause für erforderlich..." Diesem Grundsatz gemäß wurde verfahren, und so war also je nach dem Einzelfall der zuständige Armenarzt oder der Kassenarzt oder bei der nichtversicherten minderbemittelten Bevölkerung der Hausarzt gleichzeitig der Fürsorgearzt für seine lungenkranken Patienten.

Dem Fürsorgearzt waren folgende Aufgaben zugedacht. Er sollte die ihm überwiesenen Lungenkranken häufiger, mindestens einmal monatlich besuchen und vierteljährlich untersuchen, desgleichen die Familienmitglieder. Bei seinen Besuchen sollte er insbesondere die hygienischen Verhältnisse der Wohnung feststellen und danach diejenigen Anordnungen treffen oder bei der Verwaltungszentrale der Lungenfürsorge anregen, die mit Rücksicht auf die besonderen Umstände des Falles geeignet erschienen, dem Kranken zu helfen und seine Familie vor Ansteckung zu schützen. Ob und inwieweit die getroffenen Anordnungen befolgt würden, sollte er bei seinen ferneren Besuchen kontrollieren und gleichzeitig der Fürsorgeschwester, die ihn gerade besonders in der Wohnungsfürsorge unterstützen sollte, je nach der Eigenart des Falles Rat und Anweisung geben. Über die erste Untersuchung hatte er ein kurzes Gutachten (nach Formular) abzugeben und dasselbe durch kurze Zusätze über die weiteren Untersuchungen laufend fortzuführen; über die wichtigeren Punkte seiner sonstigen Ermittlungen sollte er nach Bedarf berichten.

Von Interesse ist die Honorierung dieser Fürsorgetätigkeit der Ärzte. Dafür wurde folgende Taxe im Einvernehmen mit dem Allgemeinen ärztlichen Verein festgesetzt.

I. Erster Besuch.

1. Untersuchung der ersten Person (Hauptperson)	2 M.
2. Untersuchung jeder weiteren Person des Hausstandes	1 „
Jedoch 1 und 2 zusammen höchstens	7 „
3. Gutachten nach Formular	3 „

II. Weitere Besuche (alle 3 Monate).

Für jede Untersuchung jeder Person	1 M.
Wenn nur eine Person	2 „

Neben diesen nebenamtlichen Fürsorgeärzten blieben die bisherigen „Wohlfahrtsstellen" bestehen zur unentgeltlichen Untersuchung solcher Kranken, welche die Kosten der ärztlichen Untersuchung aus eigenen Mitteln nicht bestreiten konnten und nicht Mitglied einer Krankenkasse waren. Außerdem überwiesen die Armenärzte, die Verwaltungszentrale der Lungenfürsorge und die Fürsorgeschwestern Kranke oder Krankheitsverdächtige an die Wohlfahrtsstellen zur Untersuchung. Wie früher, so wurde auch jetzt von den Wohlfahrtsstellen diejenige, die der Tuberkuloseabteilung der städtischen Krankenanstalten angegliedert war, fast ausschließlich benutzt. Sie unterstand der Leitung des dirigierenden Arztes der Tuberkuloseabteilung. Die Untersuchungen wurden in jedem einzelnen Falle ganz systematisch und klinisch exakt ausgeführt. War auf Grund einer einmaligen Untersuchung eine sichere Entscheidung nicht möglich, so wurde eine fünf- bis zehntägige Beobachtung im Krankenhause vorgenommen. Besonderes Gewicht wurde auch darauf gelegt, daß die Fürsorgerinnen stets enge persönliche Fühlung mit dem untersuchenden Arzt hielten, was in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

manchen Fällen auf der einen Seite dem Arzt die Diagnose erleichtern, auf der anderen Seite der Fürsorgerin wertvolle Hinweise für die fürsorgerische Behandlung des Untersuchten und seiner Familie einbringen konnte.

Während danach die Wohlfahrtsstellen sich darauf beschränkten, die Kranken lediglich zu untersuchen und im einzelnen Falle geeignete Maßnahmen (Heilstättenkur, Isolierung usw.) bei der Fürsorgezentrale anzuregen, hatten die eigentlichen Fürsorgeärzte außer regelmäßiger Untersuchung der Lungenkranken und ihrer Angehörigen darüber hinaus auch rein fürsorgerische Aufgaben, wie oben dargelegt wurde. Gerade dieser fürsorgerischen Betätigung der Ärzte mußte ein ganz besonderer Wert beigemessen werden. Denn sie waren doch auf diesem Gebiete als die eigentlichen Sachverständigen anzusehen, und daher durfte man einerseits von ihrem sicheren Blick die zuverlässigste Ermittlung der im einzelnen Falle dem Kranken und seiner Familie aus ihren sozialen Verhältnissen drohenden Gefahren, andererseits von ihrem Ansehen, ihrer Autorität die wirksamste Beeinflussung, eine wirkliche sozialhygienische Erziehung der Fürsorgeschützlinge und dadurch allmählich der ganzen Bevölkerung überhaupt erwarten.

In der geschilderten Weise blieb die Organisation des ärztlichen Teiles der Fürsorge in den folgenden Jahren bestehen. Eine Änderung brachte der Konflikt der Kölner Ärzte mit den Krankenkassen im Jahre 1909: Viele der bisherigen Fürsorgeärzte stellten ihre Tätigkeit, die sie bisher als behandelnde Kassenärzte bei ihren lungenkranken Patienten ausgeübt hatten, ein. Da man aus naheliegenden Gründen ihre Stelle nicht den von auswärts zuziehenden neuen Kassenärzten übertragen wollte, mußte ein großer Teil der ärztlichen Fürsorgetätigkeit auf die städtische Wohlfahrtsstelle übergehen. In den späteren Jahren jedoch, als die Verhältnisse sich wieder geändert hatten, betätigten sich auch die Kassenärzte wie früher als Fürsorgeärzte.

Die ärztliche Arbeit in der Fürsorge, schon allein an der Zahl der Untersuchungen bemessen, war recht ansehnlich, wie die folgenden Zahlen zeigen. Es wurden untersucht:

	Von den Fürsorgeärzten	In der städtischen Wohlfahrtsstelle
1907	4777 Personen	1529 Personen
1909	8181 „	2874 „
1911	11944 „	3563 „
1913	10434 „	4513 „

Daß die Untersuchungen in der Wohlfahrtsstelle einen so großen Umfang annahmen, hatte seinen Grund wohl hauptsächlich darin, daß hier für die Untersuchungen alle Hilfsmittel der modernen Diagnostik zur Verfügung standen und ausgiebig benutzt wurden: Röntgen-, Auswurf- und Urinuntersuchungen, eventuell Tuberkulindiagnostik usw. Das war der Anreiz, daß sehr häufig die behandelnden Ärzte ihre Patienten der Fürsorgestelle zur genauen Untersuchung überwiesen, sei es aus eigenem Antriebe, sei es auf Verlangen der Kranken selbst. Diese Entwicklung hatte zur Folge, daß im Jahre 1911 ein hauptamtlicher Fürsorgearzt angestellt werden mußte, der, unterstützt von den Ärzten der Tuberkuloseabteilung des städtischen Augustahospitals, den ärztlichen Dienst an der Fürsorgestelle versah. Ein zweiter hauptamtlicher Fürsorgearzt wurde im Jahre 1914 angestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Zahl der nebenamtlichen Fürsorgeärzte war, wie es in dem System begründet lag, sehr groß und wechselte ständig. In den ersten Jahren waren über 100 Fürsorgeärzte tätig. Man rühmte damals gern als einen besonderen Vorzug des Systems, die praktischen Ärzte kännten die Kranken und ihre Familien meist schon jahrelang und hätten daher über ihren Zustand und die einzuschlagenden Maßnahmen ein zuverlässigeres Urteil als etwa hauptamtliche Nur-Fürsorgeärzte. Das trifft für zahlreiche Fälle zweifellos zu. Aber so allgemein kann man diesen Vorzug nicht anerkennen, wenn man in den Fürsorgeakten aus jener Zeit liest, wie erstaunlich oft die Leute ihre Wohnung und damit gleichzeitig den Arzt wechselten, innerhalb ganz kurzer Zeiträume oft zweimal und häufiger. Auf der anderen Seite wird man nicht behaupten können, daß eine so große Zahl von Fürsorgeärzten, obschon vielleicht an sich im Interesse der besseren Durchdringung der Bevölkerung wünschenswert, für den inneren Betrieb der Fürsorge eine Erleichterung bedeute. Die Verbindung der Zentralstelle mit den einzelnen Fürsorgeärzten konnte dabei naturgemäß nur sehr locker sein. Einheitliches und gleichmäßiges Arbeiten war bei den vielen ärztlichen Beratern, deren Ansichten in Diagnose und Therapie oft weit auseinandergingen, kaum zu erzielen. Es darf auch wohl bezweifelt werden, ob alle diese ärztlichen Berater so ganz mit Lust und Liebe dabei waren. Manch einer, der vielleicht den Fürsorgebestrebungen innerlich fremd gegenüberstand, mußte trotzdem mitmachen, da er sonst Gefahr lief, seine lungenkranken Patienten aus seiner Behandlung zu verlieren; der leidtragende Teil war natürlich die Fürsorge. Ja, manche Ärzte stellten sich auch ganz offen unfreundlich zur Fürsorge. In diesen Fällen war allerdings wohl nicht selten auf die Dauer der Arzt der leidtragende Teil, weil die Kranken, um in den Genuß der Vorteile zu kommen, welche ihnen die Fürsorge bot, einfach zu einem anderen Arzt in Behandlung gingen. Auf der anderen Seite muß man aber bei einer Kritik des damaligen Systems auch zur Ehre der Ärzteschaft hervorheben, daß einige wenige Ärzte — leider nur wenige! — in vorbildlicher Weise zu ihrem Teil an der Fürsorge für die Lungenkranken und damit an der Bekämpfung der Tuberkulose mitarbeiteten. Es ist bedauerlich, daß die Mehrzahl der praktischen Ärzte an den Fürsorgebestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit nicht dasselbe tatkräftige Interesse bekundete wie jene und durch Gleichgültigkeit oder gar Widerstreben die Führung auf diesem wichtigen Gebiete der Volksgesundheitspflege aus der Hand gab.

Man mag die Tatsache, daß sich das System: behandelnder Arzt Fürsorgearzt, wie es heute noch vielfach auf dem Lande üblich ist, in einer großstädtischen Fürsorge nicht bewährte, bedauern, wird aber doch gerechterweise daraus keine allzu schweren Vorwürfe gegen die Gesamtheit der Ärzte herleiten dürfen. Denn man muß zugeben, daß eine so hingebende Tätigkeit, wie sie im Interesse der Fürsorge bzw. des Volksganzen erforderlich wäre, wenn die Fürsorge Erfolg haben soll, von der Gesamtheit der Ärzteschaft nicht verlangt werden kann. Der Beruf des Arztes ist gewiß ideal und kann nur von idealgesinnten Menschen in der rechten Weise ausgeübt werden; aber er dient doch auch dem Broterwerb, und vor den unerbittlichen Forderungen der Lebensnotwendigkeiten müssen die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ideale nur zu oft zurücktreten. Und wie schwierig die materielle Lage des Ärztestandes sich mancherorts schon vor dem Kriege gestaltet hatte — von den heutigen Verhältnissen ganz zu schweigen! —, ist allgemein bekannt. Man kann daher wirklich nicht verlangen, daß der Arzt, der tagaus tagein bei seiner aufreibenden Tätigkeit im Dienste der Kranken schon so viel Altruismus und Idealismus beweist, sich in seinem oft schweren Daseinskampfe unter Hintansetzung seiner und seiner Familie wirtschaftlichen Existenz für eine ideale Bestrebung, wie sie die Fürsorgebewegung darstellt, in solchem Ausmaß betätige, wie es zum Gedeihen der Fürsorge wünschenswert wäre. Wenn man so von vornherein unberechtigten Vorwürfen gegen die Ärzteschaft entgegentritt, so muß andererseits aber auch mit aller Deutlichkeit gesagt werden, daß der Arzt keinesfalls solchen idealen Bestrebungen zur Hebung der Volksgesundheit entgegenwirken darf, sondern ihnen jede mögliche Unterstützung angedeihen lassen muß.

Wie die Lage in dieser Hinsicht nun einmal war, bedeutete es daher für die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge einen wesentlichen Fortschritt, als unter dem Einfluß der Kriegsverhältnisse — großer Ärztemangel in der Heimat, überreichliche Beschäftigung der praktizierenden Ärzte — die Zahl der in der Fürsorge nebenamtlich tätigen Ärzte mehr und mehr abnahm. Statt der bisherigen dezentralisierten fürsorgeärztlichen Versorgung bildete sich so allmählich von selbst eine Zentralisierung heraus. Diese mußte sich zunächst jedoch auf die ärztlichen Untersuchungen beschränken, die allmählich alle an der Zentralstelle ausgeführt wurden. Denn auch hier war als Vertreter der beiden hauptamtlichen Fürsorgeärzte, die im Felde standen, nur ein Arzt tätig, der neben den zahlreichen Untersuchungen und der sich daran anschließenden Beratung der Lungenkranken nicht auch noch die übrigen fürsorgeärztlichen Aufgaben erfüllen konnte. Im übrigen führte der ärztliche Beigeordnete selbst wie bisher schon die Aufsicht über den ganzen Betrieb der Fürsorgestelle, auch bezüglich der einzelnen Fürsorgefälle. Als dann nach Kriegsende die hauptamtlichen Fürsorgeärzte ihre Tätigkeit wieder antraten, unterstützt von zunächst einem, später zwei Assistenzärzten, schenkten sie auch der Wohnungshygiene entsprechend ihrer Wichtigkeit für die Tuberkulosebekämpfung besondere Aufmerksamkeit und unternahmen planmäßige Wohnungsbesichtigungen bei den Fürsorgefamilien.

Die gewaltige Ausdehnung der Fürsorge und der dadurch gebotene Ausbau des städtischen Gesundheitsamtes und Gesundheitsfürsorgeamtes brachte dann am 1. Januar 1921 die Anstellung von hauptamtlichen Stadtärzten, von denen jeder innerhalb eines Stadtbezirks, der je nach Größe mehrere Verwaltungs- bzw. Armenbezirke umfaßt, die fürsorgeärztlichen Aufgaben in den verschiedenen Zweigen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, vor allem auch der Tuberkulosefürsorge versieht. Der Stadtarzt führt also heute innerhalb seines Bezirks über alle Lungentuberkulösen — von den anderen Fürsorgezweigen sehe ich hier ab — die sozialhygienische Aufsicht wie früher der nebenamtliche Fürsorgearzt. Die Untersuchungen werden jedoch alle, sofern es sich nicht um bettlägerige Kranke handelt, die in ihrer Wohnung untersucht werden müssen, an der Zentralstelle vorgenommen. Für die Leitung derselben ist eigens ein hauptamtlicher Stadtarzt angestellt. Es wird angestrebt, daß jeder Stadtarzt möglichst

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seine Fürsorgepatienten und ihre Familien selbst untersucht, eventuell unter Zuziehung eines der spezialistisch vorgebildeten Kollegen — von den Stadtärzten ist ungefähr die Hälfte gerade auf dem Gebiete der Lungenkrankheiten besonders ausgebildet —, so daß sich jeder Stadtarzt selbst ein sachlich richtiges Urteil über seine Fürsorgepatienten und die einzuschlagenden Maßnahmen bilden kann. An den laufenden Untersuchungen der Fürsorgestelle, 60 bis 120 jeden Tag, insbesondere den Untersuchungen der von den praktischen Ärzten überwiesenen Kranken bzw. Krankheitsverdächtigen beteiligen sich außer dem Leiter der Fürsorgestelle drei der Bezirks-Stadtärzte, die besonders vorgebildet sind, und drei Assistenzärzte. Bei allen zu Untersuchenden wird grundsätzlich außer der physikalischen Untersuchung der Lunge, des Herzens und, soweit notwendig, der übrigen Organe — erforderlichenfalls spezialärztliche Untersuchung in einer der städtischen Polikliniken — Urin- und Auswurfuntersuchung sowie Röntgendurchleuchtung, in zweifelhaften Fällen auch Röntgenaufnahme ausgeführt. Tuberkulindiagnostik wird lediglich in Form der Pirquet-Impfung, und zwar nur bei Kindern angewandt, da ambulante Tuberkulineinspritzungen uns nicht unbedenklich erscheinen. Ist durch einmalige oder wiederholte Untersuchung eine Klärung des Falles nicht möglich, so wird Krankenhausbeobachtung vorgeschlagen. In jedem Fall wird dem behandelnden Arzt, ohne dessen Einverständnis keine Untersuchung vorgenommen wird, der festgestellte Untersuchungsbefund schriftlich mitgeteilt, eventuell mit Vorschlägen für die Behandlung des Kranken.

An der Fürsorgezentralstelle laufen nach dem Gesagten die Fäden der gesamten Tuberkulosebekämpfung zusammen; die Untersuchungen sind zentralisiert, die Ausübung der eigentlichen Fürsorge aber ist dezentralisiert und obliegt den Bezirks-Stadtärzten mit ihren Fürsorgerinnen. Diese Organisation dürfte in einer Großstadt die zweckmäßigste sein. In einer Großstadt wird man im Interesse der Fürsorge auch am System der hauptamtlichen Fürsorgeärzte festhalten müssen, da andererseits, auch unter der Voraussetzung gewissenhafter und sachgemäßer Mitarbeit der nebenamtlichen Fürsorgeärzte, die Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit notwendig leiden würde. In kleineren Städten und auf dem Lande dagegen wird man auch die praktischen Ärzte nebenamtlich zur fürsorgeärztlichen Tätigkeit mit heranziehen dürfen, sofern dieselben nicht schon sowieso beruflich überlastet und für die Fürsorge persönlich geeignet und interessiert sind. Daß tatsächlich auch nebenamtliche Fürsorgeärzte, persönliche Eignung und Interesse vorausgesetzt, ersprießlich in der Fürsorge wirken können, haben, wie oben gesagt, einzelne der Kölner Ärzte bei der früheren Organisation bewiesen.

Zum Schluß noch einige kurze Worte über das Verhältnis der praktizierenden Ärzte zu der mit hauptamtlichen Ärzten arbeitenden Fürsorge. Es mag in Köln in dem geschilderten Werdegang der Fürsorge begründet liegen, daß gerade von den früheren nebenamtlichen Fürsorgeärzten nicht alle so restlos mit der Fürsorge zusammen arbeiten, wie es im Interesse der Hebung der Volksgesundheit dringend zu wünschen ist. Wenn trotzdem die Fürsorge reichlich und in immer noch steigendem Maße beschäftigt ist, so liegt der Grund einmal darin, daß die Mehrzahl der Ärzte bereits heute in einem Vertrauensverhältnis zur Fürsorge stehen und ihr jeden Kranken und Krankheitsverdächtigen zuschicken, zum anderen aber in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Ansehen und Vertrauen, das die Fürsorge nach ihrer bisherigen Arbeit in allen Schichten der Bevölkerung genießt. Gerade auch der letztere Umstand sollte, ganz zu schweigen von idealen Erwägungen, allen Ärzten eine Mahnung und Warnung sein. Wer sich heutzutage noch von den Ärzten in Gegensatz zur Gesundheitsfürsorge, speziell zur Tuberkulosefürsorge stellt, läuft zweifellos Gefahr, nach und nach einen größeren Teil seiner Patienten an andere Kollegen zu verlieren, die den Wünschen der Bevölkerung in dieser Hinsicht mehr entgegenkommen. Aber derartige Beweggründe dürften doch nicht allein maßgebend sein. Der Arzt sollte diese Fragen von höheren Gesichtspunkten aus betrachten. Er sollte seinen Beruf nicht nur dahin auffassen, im einzelnen Fall die Krankheit zu heilen, sondern nach besten Kräften dazu beizutragen, soweit möglich Krankheiten überhaupt zu verhüten. Und wenn er heute schon seit langen Jahren gewöhnt ist, akute ansteckende Krankheiten den Gesundheitsbehörden zu melden, damit diese für ihre Eindämmung Sorge tragen können, soll er sich da nicht ebenso hinsichtlich der schwerer zu bekämpfenden schleichenden Volkskrankheiten als wahrer Arzt des Volkes beweisen, ohne erst durch ein Gesetz zu dieser sittlichen Pflicht angehalten werden zu müssen! Dabei sind die Forderungen, die in dieser Hinsicht an ihn gestellt werden, doch wirklich nicht zu hoch: Er soll nur jeden Tuberkulosekranken der Fürsorgestelle namhaft machen, damit diese ihn einerseits durch Rat und Tat bei der Behandlung des Kranken selbst unterstützen und andererseits durch geeignete Maßnahmen, die über das Vermögen des einzelnen hinausgehen, der Verbreitung der Krankheit in der Umgebung des Kranken entgegenwirken kann; er soll nur bei jedem Krankheitsverdächtigen von den bereitwilligst gebotenen Hilfsmitteln der Fürsorge Gebrauch machen, ebenfalls wieder sowohl im Interesse seines Patienten selbst wie im Interesse der Allgemeinheit.

Das ist also doch nicht viel verlangt. Aber ich stehe nicht an zu erklären, daß gegenüber diesen Forderungen an die Ärzteschaft die Fürsorgestelle ihrerseits Verpflichtungen gegen die praktizierenden Ärzte zu erfüllen hat. Der praktische Arzt muß die Sicherheit haben, daß er durch die Tätigkeit der Fürsorgestelle nicht wirtschaftlich geschädigt wird. Die Fürsorgestelle darf daher grundsätzlich unter keinen Umständen ärztliche Behandlung bei ihrer Klientel ausüben. Es müssen ferner grundsätzlich Untersuchungen ohne Vorwissen des behandelnden Arztes ausgeschlossen sein. Weiter muß die Untersuchung an der Fürsorgestelle möglichst exakt geschehen und die Beurteilung sich von Extremen nach der einen oder der anderen Seite möglichst freihalten. Die Fürsorgestelle darf Fälle von wirklicher Tuberkuloseerkrankung nicht übersehen, aber noch weniger da eine Erkrankung sehen, wo keine vorliegt. Gerade die letzteren Fehldiagnosen bringen sonst leicht eine Fürsorgestelle in Mißkredit. Es ist anzustreben, daß an den Fürsorgestellen möglichst nur solche Ärzte angestellt werden, die nach ihrer Person und Vorbildung das Vertrauen der praktizierenden Ärzte verdienen. Und dazu dann auf beiden Seiten das Bestreben, sich auch persönlich näherzukommen, nicht der eine im anderen den Gegner zu sehen, sondern den geschätzten Mitarbeiter an einem gemeinsamen Ziel, das einer von ihnen allein nicht erreichen kann! Jeder schütze verständnisvoll das Interesse des anderen; dann kann beiden der Erfolg nicht fehlen!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besprechungen.

Luther, Mitzlaff, Stein. Die Zukunftsaufgaben der deutschen Städte. 928 S. Berlin-Friedenau, Deutscher Kommunalverlag, 1922.

Ein groß angelegtes Werk, das die Bedeutung der Städte im staatlichen Leben des Deutschen Reiches dartun soll, zugleich aber auch mit Recht gegen die Beschränkungen kämpft, die im neuen Reiche durch die Zentralisierung der Verwaltung und der Steuerrechte der Selbstverwaltung der Städte und damit ihren kulturellen Leistungen auferlegt werden. Jeder, der die Entwicklung der letzten Jahrzehnte offenen Auges verfolgt hat, weiß, daß auch auf hygienischem Gebiete die Städte die Träger des Kulturfortschrittes gewesen sind, voran die Großstädte, ihnen folgend die kleineren Gemeinwesen bis zur Kleinstadt hinab, die innerhalb Deutschlands in hygienischer Kultur bei allen vorhandenen Mängeln doch weit die Leistungen in anderen Ländern überragen.

Aus dem überreichen Inhalt des Werkes seien nur die hygienisch besonders wichtigen Abschnitte hervorgehoben, so die über Städtebau, Wohnungs- und Verkehrswesen, über Soziale Fürsorge und Wohlfahrtspflege, wobei auch Sport und Bäder, Jugendpflege und Turnen, sowie das Krankenhauswesen mit berücksichtigt werden. Durchweg von praktisch erfahrenen, hervorragenden Mitarbeitern verfaßt, geben die einschlägigen Abschnitte ein abgerundetes Bild unserer städtischen Kultur, die fortzuführen und auszubauen auch im neuen Staate Deutschlands eine der dringlichsten Aufgaben bleiben wird. Abel.

Einrichtungen auf dem Gebiete der Volksgesundheits- und Volkswohlfahrtspflege im Freistaat Sachsen 1922. Herausgegeben vom Sächsischen Landesgesundheitsamt. Dresden, Buchdruckerei der Dr. Güntzschen Stiftung, 1922.

Ein wundervoll ausgestattetes Werk, der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zur Hundertjahrfeier als Festgabe dargebracht, das zusammenfassend darstellt, was alles auf dem Gebiete der Volksgesundheits- und Volkswohlfahrtspflege in Sachsen bis zur neuesten Zeit geleistet worden ist. Man staunt über die Fülle des zusammengetragenen Stoffes, der nicht nur die Einrichtungen des Staates und der Gemeinden, sondern auch die Tätigkeit von Vereinen und sonstigen privaten Organisationen und sogar die von Fabriken, soweit sie für die Volksgesundheit Bedeutung haben, berücksichtigt. Abel.

Kleinere Mitteilungen.

Wird die Sterblichkeit vor vollendeter Aufzucht durch Geschwisterzahl und soziale Lage der Eltern beeinflußt? Dritte Mitteilung. Von Prof. Hans Reiter (Rostock).

Die Arbeit, die aus technischen Gründen nicht mehr in dem Dezemberheft dieser Zeitschrift Platz fand, wird demnächst in der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten veröffentlicht werden. Sie zeigt, daß die in den Arbeiten von Reiter und Helm auf Grund von Untersuchungen in Rostock formulierten Ergebnisse, deren Berechtigung von Dresel und Fries in dieser Zeitschrift, Heft 9, kürzlich bestritten wurde, zu Recht bestehen. Auch die Anwendung der Untersuchungsmethode von Dresel und Fries auf das Rostocker Material ändert das Ergebnis nicht: „Die Zugehörigkeit der Gebürtigkeitsgruppe bedingt in allererster Linie die Lebensaussicht, die soziale Lage der Eltern modifiziert diese Lebensaussicht nur in einer sehr eng zu ziehenden Grenze."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Öffentliche Gesundheitspflege

mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene

Organ des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

Unter Mitwirkung von

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné** (München); Dr. A. **Elster** (Berlin-Friedenau); Geh. Rat Prof. Dr. **v. Gruber** (München); Stadtbaurat Geh. Baurat **Höpfner** (Cassel); Prof. Dr. **Kißkalt** (Kiel); Ministerialrat Prof. Dr. **Koelsch** (München); Beigeordnetem Prof. Dr. **Krautwig** (Köln); Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. **Oebbecke** (Breslau); Geh. Obermedizinalrat Dr. **Pistor** (Hannover); Prof. Dr. **Pröbsting** (Köln); Prof. Dr. **Selter** (Königsberg i. Pr.); Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Solbrig** (Breslau); Geh. Oberbaurat Dr.-Ing. **Stübben** (Berlin); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Thiele** (Dresden); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Uhlenhuth** (Marburg); San.-Rat Dr. **Weinberg** (Stuttgart)

herausgegeben von

Prof. Dr. R. Abel
Geh. Obermedizinalrat
Jena

und

Dr. S. Merkel
Obermedizinalrat
Nürnberg

Jährlich 12 Hefte. Preis 96 Mark
Für das Ausland in der Währung des betr. Landes

Siebenter Jahrgang. 1922. Heft 12
(der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege 54. Band)

BRAUNSCHWEIG
DRUCK UND VERLAG VON FRIEDR. VIEWEG & SOHN AKT.-GES.
1922

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt des zwölften Heftes.

Seite

Die Morbidität in der Stadt Detmold 1916 bis 1919. [Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.] Von Dr. Reinhold Otto 397

Einrichtung und Aufgabe gewerbeärztlicher Laboratorien. [Aus dem Laboratorium für gewerbliche Medizin und Hygiene des bayerischen Landesgewerbearztes.] Von Medizinalrat Dr. G. Seiffert in München 405

Chronik der Gesundheitspflege. Leibesübungen. Von Dr. Gerhard Wagner, Direktor des Hygienischen Instituts der Freien Stadt Danzig 408

Besprechungen:

Hermann v. Hayek (Innsbruck). Das Tuberkuloseproblem. (Lommel-Jena) 418

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1919 und 1920. (M. Pistor) 419

F. D'Herelle. Der Bakteriophage und seine Bedeutung für die Immunität. (Reichert-Jena) 419

A. Elster. Das Konto des Alkohols in der deutschen Volkswirtschaft. (Abel) 419

Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/18. (Hage-Jena) 420

A. Beythien. Volksernährung und Ersatzmittel. (V. Ludwig) . . 420

Konrad Biesalski. Leitfaden der Krüppelfürsorge. (Lehmann-Jena) 420

An unsere Leser!

Leider zwingen uns die gegenwärtigen ungünstigen Zeitverhältnisse, das Erscheinen der „Öffentlichen Gesundheitspflege“ ab Januar 1923 bis auf weiteres einzustellen.

Wenn wir heute mit bestem Dank für ihre bisherige Gefolgschaft von unseren Mitarbeitern und Lesern Abschied nehmen, so geschieht es in der Hoffnung, die bestandenen angenehmen Beziehungen nach Eintritt besserer Zeiten wieder aufnehmen zu können. Möge bis dahin unserer Zeitschrift ein gutes Gedenken bewahrt bleiben!

Schriftleitung und Verlag der „Öffentlichen Gesundheitspflege“.

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Öffentliche Gesundheitspflege
1922. Heft 12.

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Jena.]

Die Morbidität in der Stadt Detmold 1916 bis 1919.

Von Dr. Reinhold Otto.

Zweck der vorliegenden Arbeit ist es, an Hand der Lebensmittelatteste, die mir vom Lebensmittelamt Detmold zur Verfügung gestellt wurden, zu prüfen, ob in den Kriegsjahren 1916, 1917, 1918 und dem Nachkriegsjahr 1919 eine allmähliche Zunahme der Krankheitsfälle in Detmold stattgefunden hat, und welche schweren Krankheitsformen überhaupt vorgekommen sind. Insbesondere sollen die Tuberkulosefälle näher behandelt und hierbei soll Stand, Alter und Geschlecht der betreffenden Personen berücksichtigt werden.

Es könnte behauptet werden, daß die Lebensmittelatteste keine einwandfreie Grundlage für eine derartige Arbeit seien. Vielleicht verstecken sich hinter manchen harmlosen Diagnosen ernstere Erkrankungen, die aus rein menschlichen Gründen den Patienten über die Schwere seines Leidens hinwegtäuschen sollten; die Lebensmittelatteste wurden ja den Patienten offen ausgehändigt. Ein solcher Euphemismus läßt sich besonders an Stelle der Diagnose Tuberkulose vermuten. Jedoch wird hiervon in übertriebener Weise kein Gebrauch gemacht worden sein, denn die den Ärzten vorgeschriebenen Richtlinien in der Ausgabe von Lebensmittelattesten und die dafür ausgegebenen Vordrucke verlangten Klarheit der Diagnose. Sämtliche Atteste wurden von dem ärztlichen Beirat nachgeprüft, und in der Regel wurden nur bei klaren Diagnosen und nachgewiesenem Bedürfnis Nahrungsmittelzulagen bewilligt. Daß gar zur Erlangung von Lebensmitteln ernstere Krankheiten fingiert wurden, ist deshalb nicht anzunehmen, weil sich dadurch die Ärzte der Gefahr aussetzten, daß solche Fälle in der kleinen Stadt Detmold zu leicht bekannt geworden wären. Die Richtigkeit der meisten Diagnosen darf man daher annehmen.

Aus den Richtlinien an die Ärzte für die Sonderbewilligung von Lebensmittelzulagen (herausgegeben am 7. Dezember 1917) seien die Art. 2 und 11 angeführt: „Das Zeugnis kann nur Berücksichtigung finden, wenn es in jeder Beziehung lückenlos ausgefüllt ist und insbesondere die Angaben über den Krankheitszustand so ausführlich und erschöpfend sind, daß sie dem ärztlichen Beirat als genügende Grundlage zur Beurteilung dienen können.“ „Betreffs der Versorgung von Tuberkulösen wird es sich der ärztliche Beirat angelegen sein lassen, nach Möglichkeit durch reichlichere Zuwendung verschiedener Nahrungsmittel die Ernährung dieser Kranken günstiger zu gestalten. In erster Linie sollen jugendliche Tuberkulöse in den Anfangsstadien der Krankheit Berücksichtigung finden. Es ist daher für den ärztlichen Beirat eine möglichst genaue Angabe über den Krankheitszustand

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unbedingt erforderlich. Zeugnisse, die lediglich die Angaben enthalten: Verdacht auf Tuberkulose, schwache Lunge, Lungenspitzenkatarrh usw. ohne genauen Befund, werden keine Berücksichtigung finden."

Das ehemalige Fürstentum Lippe hat einen Flächeninhalt von 1215 qkm. Die Einwohnerzahl beträgt 150 000. Es kommen somit auf den Quadratkilometer 124 Einwohner. In den 8 Städten leben 44 000, auf dem platten Lande 106 000 Menschen. Das Lippesche Land bildet für sich keine geographische Einheit, sondern der Hauptsache nach einen Teil des Weserberglandes. Die Hälfte des Bodens ist Ackerland. Das Land ist im übrigen zu 25 Proz. mit Wald bedeckt, 11 Proz. sind Weideland, 5 Proz. Wiesen, 3 Proz. Garten, 3 Proz. Ödland, Gewässer und Wege, 1 Proz. Hofraum. Der Haupternährungszweig ist daher der Ackerbau, etwa $^1/_6$ der Bevölkerung sind Bauern. Das Klima ist gleichmäßig und milde, die mittlere Jahrestemperatur beträgt $+ 9{,}7^0$, und zwar die mittlere Julitemperatur $+ 28{,}2^0$, die mittlere Januartemperatur $1{,}2^0$. Die Regentage sind ziemlich gleichmäßig auf das Jahr verteilt; von 100 Tagen sind 22 klar und die übrigen bedeckt. Die Regenhöhe erreicht im Jahresmittel in Detmold, das 130 m über dem Meeresspiegel liegt, 850 mm.

Lippe war betreffs der Ernährung Überschußgebiet für Brotgetreide, Kartoffeln, Vieh, Milch und Butter. Die Ernährung des Landes wurde durch die Lippesche Wirtschaftsgemeinschaft geregelt. Alle der Beschlagnahme unterworfenen Lebensmittel wurden von ihr erfaßt. Von dort aus erfolgte dann die Abgabe ans Reich und die Verteilung der übrigen Lebensmittel auf die Kommunalverbände, Gemeinden und Gutsbezirke. So entfiel auch in Lippe auf den Kopf der Bevölkerung das, was der Gesamtlage des Deutschen Reiches in seiner Lebensmittelnot entsprach; nur zeitweise traten geringe Vergünstigungen ein.

Der tägliche Bedarf des Menschen an Nahrungsmitteln ist von der Körpergröße und von dem Maße der körperlichen Arbeit abhängig, der leicht körperlich arbeitende Mensch braucht für jedes Kilogramm seines Körpergewichts 35 Kalorien in 24 Stunden; bei einem Gewicht von 70 kg, dem Durchschnittsgewicht des Mannes, also rund 2400 bis 2500 Kalorien. Berücksichtigen wir nun, daß der Nahrungsbedarf der Frau und besonders des Kindes bedeutend geringer ist, so können wir 2200 Kalorien als Durchschnitt für den Kalorienbedarf rechnen. Mit der Arbeit steigt der Kalorienbedarf bis zu 5000 Kalorien bei schwerster Arbeit.

Wie groß die Menge der in Detmold für den Kopf der Bevölkerung verausgabten rationierten Lebensmittel war, veranschaulicht die folgende Tabelle.

Es kamen auf den Kopf pro Tag Kalorien im Jahre:

	1917	1918	1919		1917	1918	1919
Januar	1360	1529	1779	Juli	1905	1780	1829
Februar	1400	1435	1747	August	1656	1640	2069
März	1230	1610	1832	September	1640	1717	1938
April	1248	1652	1828	Oktober	1685	1740	2061
Mai	1370	1734	1712	November	1875	1800	1897
Juni	1435	1812	1861	Dezember	1700	1790	1787

Trotzdem die Kalorienzahl im Vergleich zu anderen Städten verhältnismäßig hoch ist, wird die lebensnotwendige Zahl längst nicht erreicht. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Berechnung der Kalorienzahl pro Kopf der Bevölkerung war für die Jahre 1917, 1918 und 1919 in genauer Weise möglich, da das Lebensmittelamt nach einem Erlaß des Präsidenten des Kriegsernährungsamtes vom 17. November 1916 verpflichtet war, eine monatliche oder auch wöchentliche Übersicht über die verausgabten rationierten Lebensmittel einzusenden. Für 1916 dagegen standen leider genauere Zahlen nur noch für den Monat Dezember zur Verfügung. In diesem Monat kamen danach auf den Kopf 1355 Kalorien. Bei der Berechnung der Kalorienmenge habe ich als Grundlage vollwertige Nahrungsmittel angenommen. Wir wissen aber, daß viele minderwertige Nahrungsmittel zur Verteilung kamen. Die Fleischration bestand oft zum größten Teil aus Knochen. Hierzu kam, daß es sich um Fleisch von schlecht genährtem Vieh handelte. Die Futtermittelversorgung war stets unzureichend. Als Futtermittel dienten so z. B. zeitweise Schilfrohrhäcksel, Heidehäcksel, Seegras, Seetangmehl und andere minderwertige Substanzen. Das Mehl wurde zu 97 Proz. ausgemahlen, das Brot ist zu 20 Proz. mit Kartoffelwalzmehl gestreckt. Ebenfalls sind die Kriegsmarmeladen, Kriegsdörrgemüse und ähnliche Produkte nicht als hochwertige Nahrungsmittel anzusehen.

Es erhielten nun außerdem während der ganzen Kriegsjahre:

Schwangere Frauen in den letzten 3 Monaten . .	täglich	¾	Liter	Milch
Kranke	„	½	„	„
Kinder von 1 bis 3 Jahren	„	1	„	„
Kinder von 4 bis 5 Jahren	„	¾	„	„
Kinder im 6. Jahre	„	½	„	„

Es kam aber schon in der ersten Woche statt dieser Milchrationen nur ¼ Liter zur Verteilung. Die festgesetzte Menge wurde selten erreicht. Als rationierte Lebensmittel wurden ab Dezember 1916 nur aufgeführt:

Mehl wöchentlich . .	2000 g	Speisefett	90 g
Kartoffeln	3500 „	Zucker	200 g

Die anderen Artikel waren also noch im freien Handel zu erhalten. Im April 1917 hatte sich das Bild insofern geändert, als in diesem Monat bereits folgende Nahrungsmittel zur Verteilung kamen:

Wöchentlich 1800 g Brot oder 1500 g Mehl, 2625 g Kartoffeln, 90 g Fett, 250 g Fleisch. Monatlich 500 g Zucker, 1 Ei, 100 g Hafermehl, 200 g Gerstengrütze, 50 g Kartoffelsago, 500 g Sauerkraut, 250 g Kriegsmus, 200 g Kandis, 200 g Bohnenmehl, 200 g Speisemehl. Somit kamen auf den Tag 1248 Kalorien.

Wir ersehen aus der Tabelle, daß in keinem Monat der notwendige Kalorienbedarf durch rationierte Lebensmittel gedeckt wurde. Die höchste Menge an Nahrungsmitteln wurde im Oktober 1919 ausgegeben; sie betrug in diesem Monat 2069 Kalorien. Im Jahre 1919 finden wir überhaupt bereits im ganzen ein günstigeres Bild, aber der notwendige Kalorienbedarf ist noch längst nicht erreicht.

Den Schwer- und Schwerstarbeitern wurde eine besondere Zulage an Brot gewährt. Sie betrug für die ersteren etwa 350 g pro Tag, für die letzteren 700 g pro Tag. Diese Mengen entsprechen den zu stellenden Forderungen in keiner Weise. Die zugeführte Eiweißmenge betrug für die einzelnen Personen durchschnittlich 35 bis 40 g pro Tag. Es wurde also knapp die Hälfte des von Rubner verlangten Eiweißminimums erreicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Bevölkerung war somit gezwungen, den fehlenden Kalorienbedarf anderweitig zu decken. Aus dieser Not heraus entwickelte sich dann ein lebhafter Hamsterverkehr und Schleichhandel. Den Landwirten wurden bedeutend höhere Preise für Lebensmittel bezahlt, als sie vom Staat erhielten. Je länger der Krieg dauerte, um so stärker entwickelten sich diese unerfreulichen Verhältnisse. Und so finden wir bereits im Jahre 1919 in Lippe die Ernährungsverhältnisse derart, daß dieses Land, das als Überschußgebiet gilt, seinen eigenen Bedarf an Milch und Butter schon kaum mehr decken kann. Die Lippesche Wirtschaftsgemeinschaft teilte hierüber mit, „daß bezüglich Milch und Butter schon seit langem die errechneten Überschußmengen lediglich auf dem Papier stehen, da infolge des großen Schleichhandels mit Butter nicht einmal der volle innerlippische Bedarf gedeckt werden kann, so daß zeitweise das Reich helfend einspringen muß". Somit gestaltete sich die Volksernährung allmählich so, daß die Wohlhabenden imstande waren, ihren Bedarf an Lebensmitteln auf ungesetzliche Art und Weise nach Belieben zu decken, während die Minderbemittelten hierzu nicht in der Lage waren. Indem massenhaft Nahrungsmittel durch Hamsterei und Schleichhandel dem Staate verloren gingen, war die Folge, daß derjenige, der auf die rationierten Lebensmittel angewiesen war, hungern mußte.

Es erhebt sich nun für uns die Frage, welche Berufe hierdurch besonders zu leiden hatten. Zunächst natürlich ganz allgemein die, welche pekuniär am schlechtesten gestellt waren. Mit Hilfe der Steuerbehörde wollte ich daher die Berufe in diesem Sinne ordnen, aber ich mußte bald hiervon abstehen, da die Schwierigkeiten sich als zu groß erwiesen. Die Einteilung in höhere Stände, Mittelstand und Arbeiterstand war danach am nächstliegenden. Welche Berufe rechnen wir nun zu diesen Ständen? Zunächst ist der Begriff des Mittelstandes abzugrenzen. Schmoller zählt zum Mittelstand alle diejenigen, welche ein eigenes Geschäft oder eine sichere Anstellung, einen Grundbesitz bis zu 50 ha, ein Einkommen von 2700 bis 8000 M., ein Vermögen bis zu 100 000 M. besitzen. Diese Zahlen gelten natürlich für die Vorkriegszeit. Auf dem Internationalen Kongreß zu Lüttich 1905 wollte der Präsident Bödiker den Mittelstand dahin bestimmt wissen, daß er sich zusammensetzt aus den verschiedensten Berufs- und Personengruppen, die weder zu den Großkapitalisten noch zu den Lohnarbeitern zu zählen sind. Noch genauer präzisiert Wernicke den Begriff des Mittelstandes. Er rechnet zum Mittelstande Personen mit einer über die gewöhnliche, durch die Volksschulen vermittelte, hinausgehenden Bildung, die in ihrem Berufe nicht rein körperliche oder mechanische Arbeit, sondern mehr oder weniger auch geistige Arbeit leisten und die physische oder mechanische Arbeit anordnen, leiten oder beaufsichtigen, ein mittleres Einkommen und vielfach auch ein mittleres Kapital besitzen. Im großen und ganzen umfaßt so der Mittelstand das mehr oder weniger gebildete Bürgertum einschließlich der Beamten und freien Berufe im Gegensatz zu der reichen Schicht der Bevölkerung mit hohem Einkommen auf der einen und zu der besitzlosen und mechanischen Dienst verrichtenden Klasse auf der anderen Seite. Oder anders gesagt, der Mittelstand besteht aus denjenigen Volksangehörigen, die durch ihre Leistungen, ihre Bildung und ihren Besitz über die große Masse der arbeitenden Klassen hinausragen, ohne aber durch ein großes Einkommen zu der Kapital- oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besitzreichen Klasse zu gehören. Aus dem Erwähnten müssen wir also folgern, daß es eine scharfe Grenze zwischen den höheren Ständen, dem Mittelstand und Arbeiterstand nicht gibt. Die einzelnen Berufe in der Statistik immer besonders aufzuführen und somit die Einteilung in Stände fallen zu lassen, ist bei der großen Zahl der Berufe nicht möglich. Wir müssen daher notgedrungen die Einteilung in Stände beibehalten, und es werden in großen Zügen die Berufe, welche ich den betreffenden Ständen zugerechnet habe, aufgeführt werden. Vorher möchte ich jedoch noch die Einwohnerzahl Detmolds in den verschiedenen Jahren bringen. Diese betrug nach Angabe des statistischen Amtes:

	Männer	Frauen	Zusammen
Im Jahre 1916	4945	8044	12 989
„ „ 1917	4525	8084	12 609
„ „ 1918	keine Zahlenzusammenstellung vorhanden		
„ „ 1919	6372	8367	14 737

Um die Zahl der Angehörigen der Stände in Detmold gegenüberzustellen, greifen wir das Jahr 1919 heraus[1]).

Von den etwa 15 000 Einwohnern gehörten ungefähr 2100 Personen den höheren Ständen, 8000 Personen dem Mittelstande und etwa 4900 Personen dem Arbeiterstande an. Die Verhältniszahlen waren somit 1 : 3,8 : 2,3. Es ist nicht anzunehmen, daß sich dieses Verhältnis im Laufe der Jahre geändert hat. Ich rechnete zu den höheren Ständen Fabrikbesitzer, Offiziere und akademische Berufe, hiervon ist der Offiziersstand am stärksten mit etwa 1400 Angehörigen vertreten. Dem Mittelstande gehören an als selbständige Berufe die kleinen Kaufleute und Handwerker, als unselbständige Berufe die Beamten und Privatangestellten. Ferner kommen hier noch hinzu die Rentner; diese sind auf etwa 1000 Angehörige zu beziffern, die übrigen dem Mittelstande angehörigen Berufe je auf etwa 1700. Unter den Arbeitern sind besonders Holzarbeiter vertreten, die in der hiesigen Möbelindustrie beschäftigt werden. Die Angehörigenzahl beträgt 2500, in weiten Abständen kommen dann erst die Bauarbeiter und Metallarbeiter.

Lebensmittelatteste wurden im Jahre 1916 für 218 Personen (1,7 Proz.) der Bevölkerung, im Jahre 1917 für 1159 Personen (9 Proz.), im Jahre 1918 für 1664 Personen (12,3 Proz.) und im Jahre 1919 für 1017 Personen (7 Proz.) ausgestellt. Sie betrafen:

	Männer	In Prozenten der männlichen Bevölkerung	Frauen	In Prozenten der weiblichen Bevölkerung
Im Jahre 1916 . .	93	1,9	125	1,6
„ „ 1917 . .	364	8,0	795	10,0
„ „ 1918 . .	559	11,0	1115	13,9
„ „ 1919 . .	546	5,8	671	8,2

Die Morbidität steigt von 1916 ab stark an. Das Jahr 1918 weist die höchste Morbiditätsziffer auf. Im Jahre 1919 macht sich ein erheblicher Rückgang der Erkrankungen bemerkbar, wohl eine Folge der durch die

[1]) Die Feststellung der Angehörigenzahl der Stände gelang mir mit Hilfe folgender Berufsverbände: Offiziersbund, Bund der Festbesoldeten, Ärzteverein, Deutschnationaler Handlungsgehilfenverband, Zentralverband der Angestellten, Gewerkschaft der Angestellten, Verband der weiblichen Angestellten, Rentnerverband, Gewerkschaft der Arbeiter, Staats- und Gemeindearbeiterverband, Christlicher Bauarbeiterverband, Christlicher Holzarbeiterverband.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

amerikanische Einfuhr gebesserten Ernährungsverhältnisse. Die absolut erheblich höheren Zahlen von Erkrankungen des weiblichen Geschlechts sind natürlich auf die Verminderung der männlichen Personen durch militärische Einziehungen zurückzuführen. Aber auch prozentual ist — mit Ausnahme des Jahres 1916 — das weibliche Geschlecht bedeutend stärker vertreten. Der Grund liegt in erster Linie in der schwächeren Konstitution der Frau. Hierzu kamen noch die dauernden Sorgen um das Wohl und Wehe der Angehörigen im Felde. Oft gab die Mutter noch den hungernden Kindern von ihrem für sie selbst nicht ausreichendem Lebensmittelquantum. So erlahmte denn nach und nach die Widerstandskraft der körperlich und seelisch zermürbten Frau in der Abwehr gegen Erkrankungen.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Atteste der einzelnen Jahre auf Krankheitsgruppen verteilen. Von einer Verhältnisberechnung auf die Einwohnerzahl ist Abstand genommen worden, weil die Einzelzahlen zu klein sind.

Jahr	Tuberkulose der Lungen	Tuberkulose der übrigen Organe	Skrofulose	Erkrankung der Atmungsorgane außer Tuberkulose	Erkrankung der Verdauungsorgane
1916	45	10	12	10	35
1917	159	21	55	102	341
1918	179	18	88	113	460
1919	112	17	60	79	270

Jahr	Erkrankung der Kreislauforgane	Erkrankung der Harn- und Geschlechtsorgane	Erkrankung des Nervensystems	Blutarmut
1916	25	14	7	18
1917	64	102	23	51
1918	104	91	17	69
1919	68	58	12	60

Jahr	Unterernährung	Gicht und Diabetes	Infektionskrankheiten außer Tuberkulose	Sonstiges
1916	3	15	12	12
1917	16	22	158	45
1918	27	11	399	98
1919	21	7	189	64

Die Steigerung der Zahlen ist besonders groß bei der Tuberkulose in allen ihren Formen zusammengenommen, namentlich aber bei der Lungentuberkulose, ferner bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane und bei den Infektionskrankheiten ohne Tuberkulose; in dieser letzten Rubrik macht sich die Influenza von 1918 deutlich bemerkbar. Gicht und Diabetes zeigen niedrige Werte. Unter Sonstiges sind Fälle mit ungenauen Angaben über die Krankheitserscheinungen, Erkrankungen der Bewegungsorgane u. a. m. gezählt.

Die Auszählung nach Ständen ergibt, daß ganz überwiegend die höheren Stände anteilig am meisten in den einzelnen Krankheitsgruppen vertreten sind, der Arbeiterstand dagegen am wenigsten. Es weist das doch wohl auf eine größere Berücksichtigung der höheren Stände durch die Ärzte bei der Ausstellung von Lebensmittelattesten hin, nicht ist es ohne weiteres so zu deuten, daß die anderen Stände weniger gelitten hätten.

Raummangel verbietet, die Verteilung der Erkrankungen in ihrer einzelnen Art nach Alter, Geschlecht und Stand hier wiederzugeben. Nur für die Tuberkulose seien noch einige Zahlen beigebracht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der gesamte Bestand an Tuberkulosekranken (einschließlich Skrofulose) war nach Ausweis der Lebensmittelatteste:

1916	67,	d. h.	in	Prozenten	der	Bevölkerung 0,5
1917	235,	„	„	„	„	„ 1,8
1918	285,	„	„	„	„	„ 2,2
1919	190,	„	„	„	„	„ 1,3

Die Beteiligung der Geschlechter war folgende:

	Männer	Prozente der männlichen Bevölkerung	Frauen	Prozente der weiblichen Bevölkerung
1916	32	0,7	35	0,4
1917	95	2,1	140	1,7
1918	133	2,9	152	1,8
1919	76	1,2	114	1,3

1916 bis 1918 überwiegen also prozentual die Männer, was seine Erklärung darin findet, daß die gesunden Männer bis zum 45. Lebensjahre ganz überwiegend im Felde standen. Als diese heimgekehrt waren, rückten 1919 alsbald auch prozentual die Frauen höher.

Wie sich die Fälle von Lungentuberkulose, Tuberkulose der übrigen Organe und Skrofulose auf die beiden Geschlechter, die Altersklassen und Stände in den einzelnen Jahren verteilen, zeigen die drei ersten Tabellen S. 404.

Diese Tabellen umfassen durchweg den Gesamtbestand an Kranken mit Lebensmittelattesten während der einzelnen Jahre. Darunter sind vielfach auch solche, die längere Zeit derartige Atteste erhalten haben, also in zwei oder mehr Jahren nacheinander in den Jahresziffern erscheinen.

Wenigstens für die Lungentuberkulose seien aber auch noch die Zahlen der in den einzelnen Jahren neu mit Lebensmittelattesten hinzugekommenen Fälle aufgeführt, zugleich mit Unterteilung nach Geschlecht, Alter und Stand (s. letzte Tabelle S. 404).

Die Übersichten zeigen einen starken Anstieg der Neuerkrankungen (ausschließlich der schon früher erkrankten und schwerer gewordenen Fälle) in den Jahren 1917 und 1918. Im Jahre 1919 sinkt die Zahl der mit Nahrungsmittelattesten neu versehenen Tuberkulösen stark ab. Ob die Zahl der neu und schwerer Erkrankten wirklich 1919 so stark abgenommen hat, wie es die Zahlen vermuten lassen könnten, muß offen bleiben. Die bessere Ernährung des Jahres 1919 ließ die Notwendigkeit von Nahrungsmittelzuschüssen und damit von ärztlichen Attesten ja nicht mehr so hervortreten wie in den beiden Vorjahren.

Weitere Schlüsse aus den mitgeteilten Zahlen zu ziehen, soll bei ihrer Kleinheit vorsichtigerweise unterlassen werden. Sie können nur bei Vergleichen mit ähnlichen Erhebungen an anderen Orten eingehender ausgewertet werden.

Die Zahlen für die Sterblichkeit in Detmold und die Todesursachen, die nach vielen Bemühungen schließlich doch noch bis 1918 erhalten werden konnten, zeigen erhebliche Zunahme in den Kriegsjahren. Sie stiegen von

1912	144	auf	1916	173
1913	150		1917	262
1914	175		1918	240
1915	154			

Die Zunahme traf fast nur die über 1 Jahr alten Personen. Sucht man die unter sehr verschiedenen Rubriken aufgeführten Todesfälle an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lungentuberkulose.

	Höhere Stände Lebensjahre					Mittelstand Lebensjahre					Arbeiterstand Lebensjahre							
	0—15	15—20	20—30	30—50	50—x	0—15	15—20	20—30	30—50	50—x	0—15	15—20	20—30	30—50	50—x	Männer	Frauen	Zusammen
1916 . . .	2	—	—	3	4	1	2	6	14	4	2	—	1	5	1	22	23	45
1917 . . .	3	—	4	12	11	14	10	28	27	10	6	7	6	16	5	16	63	159
1918 . . .	2	2	5	11	7	19	11	21	39	18	6	7	6	20	6	80	99	179
1919 . . .	2	1	3	6	9	6	5	17	31	11	6	2	1	8	4	41	71	112

Tuberkulose der übrigen Organe.

	Höhere Stände Lebensjahre					Mittelstand Lebensjahre					Arbeiterstand Lebensjahre							
	0—15	15—20	20—30	30—50	50—x	0—15	15—20	20—30	30—50	50—x	0—15	15—20	20—30	30—50	50—x	Männer	Frauen	Zusammen
1916 . . .	—	—	—	—	1	1	—	1	3	1	2	—	—	—	1	3	7	10
1917 . . .	—	—	—	2	—	5	5	4	1	1	—	—	—	3	—	6	15	21
1918 . . .	2	—	—	1	1	1	1	2	3	3	2	—	2	—	—	8	10	18
1919 . . .	—	—	—	2	1	2	1	3	2	3	4	—	1	1	—	8	9	17

Skrofulose.

	Höhere Stände Lebensjahre				Mittelstand Lebensjahre				Arbeiterstand Lebensjahre						
	1—5	5—10	10—15	15—x	1—5	5—10	10—15	15—x	1—5	5—10	10—15	15—x	Männer	Frauen	Zusammen
1916 . . .	—	4	—	—	—	4	1	—	—	3	—	—	7	5	12
1917 . . .	—	8	4	—	2	19	6	—	4	7	5	—	27	28	55
1918 . . .	3	10	4	—	2	32	6	1	5	13	11	1	45	43	88
1919 . . .	4	1	4	—	5	20	11	—	2	10	3	—	26	34	60

Jährliche Zugänge an Lungentuberkulose.

		Höhere Stände Lebensjahre					Mittelstand Lebensjahre					Arbeiterstand Lebensjahre					
		1—15	16—20	21—30	31—50	50—x	1—15	16—20	21—30	31—50	50—x	1—15	16—20	21—30	31—50	50—x	Zusammen
Männer	1916 . .	2	—	—	1	3	—	—	2	7	3	1	—	—	2	1	22
„	1917 . .	1	—	2	3	—	6	3	10	4	2	1	3	2	6	2	45
„	1918 . .	—	—	2	4	1	4	4	7	15	7	3	1	2	5	1	56
„	1919 . .	1	1	1	2	2	4	4	3	3	4	1	1	2	—	—	29
Frauen	1916 . .	—	—	—	2	1	1	2	4	7	1	1	—	1	3	—	23
„	1917 . .	2	—	—	7	7	7	5	13	14	6	3	3	3	7	3	80
„	1918 . .	—	1	1	3	2	9	—	7	12	7	1	3	1	10	4	61
„	1919 . .	1		1	2			—	9	18	5	1		—	5	2	47

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Lungentuberkulose zusammen, so betragen die Zahlen für die Jahre 1913 bis 1918: 5, 9, 15, 14, 22, 33. Die Steigerung in den Jahren 1917 und 1918 ist besonders stark. Auch durch das Fortsterben einer größeren Zahl von Tuberkulösen muß die oben vermerkte Abnahme der Tuberkuloseerkrankungsziffern im Jahre 1919 gegen 1918 mit bedingt worden sein.

[Aus dem Laboratorium für gewerbliche Medizin und Hygiene des bayerischen Landesgewerbearztes.]

Einrichtung und Aufgabe gewerbeärztlicher Laboratorien.

Von Medizinalrat Dr. G. Seiffert in München.

Die „Gewerbliche Medizin“ will kein neuer eigener Wissenschaftszweig sein, sie sucht ihre Aufgabe darin, die wissenschaftlichen Forschungen der gesamten Medizin und Hygiene in Verbindung mit Erfahrungen aus der Technologie auf bestimmte Bevölkerungskreise unter bestimmten Lebensbedingungen — in gewerblichen Betrieben und vorzüglich bei der in der Industrie arbeitenden Bevölkerung — anzuwenden und auszubauen. Hieraus ergibt sich, daß Gewerbemedizin und -hygiene wohl nur bedingt rein theoretisch wissenschaftlich tätig sein werden, daß ihre Arbeit im allgemeinen immer unter dem Hinblick auf Fragen des praktischen Lebens erfolgen wird. Sie treiben gewissermaßen technische Forschung und Arbeit, wobei sie selbstverständlich sich fest auf den Boden der reinen Wissenschaft stellen müssen und sich an der theoretischen Forschung auch beteiligen wollen, sich aber auch gleichzeitig bemühen, aus diesen Ergebnissen neuen und brauchbaren Gewinn für das praktische Leben zu gewinnen. Gewerbemedizin und -hygiene haben damit im Grunde eine Aufgabe wie auch die übrigen Teildisziplinen der Medizin; bei ihrer alltäglichen Berührung mit der Industrie sind sie sich ihrer Aufgabe aber vielleicht stärker bewußt als viele halbtheoretische medizinische Fächer, die oft zu sehr über der Theorie die Bedingungen und Forderungen des Lebens vergessen.

Die Vielseitigkeit der Anforderungen, die an beide Gebiete gestellt werden, erlauben es nicht, sie ohne gewissen künstlichen Zwang irgendwo z. B. in die Hygiene ganz einzureihen. Wer nach diesen Richtungen arbeitet, muß sich in der Hygiene, Pharmakologie, Pathologie, inneren Medizin usw. zurechtfinden und sich auch der hier verwandten speziellen Forschungsmethoden kritisch bedienen können. Es ergibt sich hieraus, daß der Gewerbearzt und Gewerbehygieniker sein wissenschaftliches Werkzeug in den verschiedensten Instituten aufsuchen oder in entsprechender Auswahl in ein eigenes Laboratorium zusammentragen muß. Bislang war es meist üblich, daß jeder, der sich mit diesen Fragen beschäftigte, je nach Bedarf sich einen Arbeitsplatz in den einzelnen Instituten verschaffte und hier entsprechende Fragen bearbeitete. Auf der einen Seite ergeben sich bei dieser Arbeitsart wohl gewisse Vorteile, die vornehmlich nach der Richtung liegen, daß man den Rat und die Hilfe speziell durchgebildeter Forscher zur Hand

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat, anderseits ergeben sich aber aus dem Wandern von Institut zu Institut größere Unzuträglichkeiten und reichlicher Zeitverlust. Bei Erforschung wissenschaftlicher Probleme mag diese Methode wohl in gewissem Grade verwendbar sein, sie versagt aber, wenn der Gewerbearzt regelmäßig Untersuchungen auf seinen Gebieten nach Art von Untersuchungsanstalten anstellen soll.

Für ein gewerbehygienisches Laboratorium stellt sich mit der Zeit dort, wo ein Landesgewerbearzt vorhanden ist, ein Bedürfnis heraus. Diesem kann nur ein den Arbeitsbedürfnissen entsprechend eingerichtetes Laboratorium genügen.

Ein derartiges Laboratorium, das man vielleicht der Kürze wegen als gewerbeärztliches Laboratorium bezeichnen darf, das aber sowohl gewerbehygienische wie gewerbemedizinische Arbeiten ausführen soll, hat zwei Aufgaben zu dienen, wissenschaftlicher Forschungsarbeit und laufender Untersuchung eingesandter Proben usw. Seine Arbeitsmethodik besteht im Grunde darin, daß sich auf Grund von Erfahrungen in der Praxis gewisse Fragestellungen für seine wissenschaftliche Arbeit ergeben, daß das Laboratorium entsprechende wissenschaftliche Vorversuche anstellt, die im Betriebe erweitert und auf ihre Richtigkeit nachgeprüft werden, daß aus diesen Arbeiten technische Folgerungen gezogen und praktisch für ihre Durchführung in den Betrieben vorbereitet werden.

Es ergab sich auch für Bayern die Notwendigkeit, an das Bureau des bayerischen Landesgewerbearztes ein Laboratorium für gewerbliche Medizin und Hygiene anzugliedern. Das Laboratorium besteht seit dem 1. Februar 1921 in Räumen des Staatsministeriums für soziale Fürsorge in München; es dürfte in dieser Art wohl das einzige in Deutschland sein. Wie weit ähnliche Einrichtungen heute im Auslande bestehen, konnte im einzelnen nicht näher festgestellt werden.

Mit Absicht ließ man das Laboratorium sich aus kleinsten Anfängen weiterentwickeln, einmal standen zunächst nur geringe Geldmittel zur Verfügung, zweitens sollten erst eigene Erfahrungen gesammelt werden, wie weit und in welcher Form der Ausbau erfolgen soll, und schließlich sollte das Laboratorium durch eigene Arbeit erst seine Daseinsberechtigung beweisen.

Die Arbeit begann in einem Raum, dem bald ein zweiter angefügt wurde. Die Arbeiten werden durchgeführt vom Verfasser mit Hilfe eines Dieners; für die meiste Zeit seit Bestehen war es möglich, praktische Ärzte zu freiwilliger Mitarbeit zu gewinnen. Die Einrichtung des Laboratoriums ist zunächst noch primitiv, entspricht aber den Bedürfnissen. Es ist möglich, die notwendigen hygienischen und bakteriologischen Untersuchungen durchzuführen, chemische Untersuchungen zu machen, histologisch zu arbeiten, Tierversuche (Vergiftungsversuche usw.) anzustellen. Ein Raum ist für verschiedene Versuche und für photographische Zwecke verdunkelbar. Reichliches Werkzeug und ein geschickter Diener ermöglichen es, einen großen Teil der notwendigen Apparate selbst herzustellen, was bei den speziellen Bedürfnissen nötig ist, den Betrieb aber auch wesentlich verbilligt. Durch Stiftungen verschiedener industrieller Unternehmungen war es möglich, einen großen Teil wertvoller Apparate zu beschaffen. Das Laboratorium entspricht äußerlich nicht dem, was man vor dem Kriege

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von derartigen Neueinrichtungen erwartet hätte, es ist auch in der Not der Nachkriegszeit entstanden. Es zeigt aber, daß man auch mit bescheidener Einrichtung und verhältnismäßig geringen Mitteln den gestellten Aufgaben gerecht werden kann.

Die erste Aufgabe, die dem Laboratorium durch eine Ministerialentschließung zugewiesen ist, ist die Untersuchung des Blutes bei Bleivergiftungen bzw. -verdacht. Hierfür ist das Laboratorium die Zentralstelle des Landes. Die Zahl der eingesandten Proben nimmt dauernd langsam zu, ihre Steigerung ist zu erwarten, je mehr das Laboratorium weiteren Kreisen bekannt wird. Es konnten bislang verschiedene zweifelhafte Fälle geklärt, unter anderen auch eine größere Bleiepidemie in einem Betriebe näher erforscht werden. Diese Aufgabe gab Anlaß zu neuen wissenschaftlichen Arbeiten auf gleichem Gebiete. An Stelle der bislang sehr mühsamen Blutuntersuchung wurde eine einfachere Methodik ausgearbeitet, die sich bislang gut bewährt hat. Es wurden weiterhin Methoden zum mikrochemischen, titrimetrischen und elektrolytischen Bleinachweis ausgebaut und verbessert. Tierversuche über Bleiintoxikationen, die noch nicht ganz zum Abschluß gekommen sind, führten zu manchen neuen Ergebnissen.

Das Laboratorium übernimmt jede Untersuchung auf gewerbehygienischem bzw. gewerbemedizinischem Gebiet, der Antrag bzw. die Einsendung muß in erster Linie durch einen Arzt erfolgen, Untersuchungen können aber auch auf Veranlassung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern u. a. nach vorheriger Anfrage gemacht werden. Die Untersuchungen sind kostenlos. Von dieser Einrichtung wurde vielfach Gebrauch gemacht, es werden die verschiedenartigsten Proben (technische Präparate, Urinproben usw.) eingesandt. Manche Untersuchung regte zu neuen Arbeiten an, um bislang weniger beachteten Gewerbeschädigungen nachzugehen. Selbstverständlich benutzt der Landesgewerbearzt das Laboratorium, um sich über Beobachtungen, die er bei Besichtigung gewerblicher Betriebe macht, näheren wissenschaftlichen Aufschluß zu verschaffen. In gleicher Weise bedienen sich auch die Gewerbeaufsichtsbeamten der Einrichtung.

Neben diesen laufenden Arbeiten soll das Laboratorium wissenschaftlicher Forschungsarbeit auf seinem Gebiete dienen. Die bisherige Arbeit erstreckte sich in erster Linie auf Ausarbeitung einfacher, in den Betrieben verwendbarer Untersuchungsmethoden der Luft auf Staub, Gase und Bakterien. Die Methoden sollen so gestaltet werden, daß sich ihre Ergebnisse möglichst als Urkunden konservieren lassen, um bei etwaigen strittigen Fällen späterhin Verwendung finden zu können. Weiterhin sollen die Methoden benutzt werden, um Normen über die hygienische Beschaffenheit der Luft in Arbeitsräumen festzulegen, um den gerade noch statthaften Gehalt an schädlichen Stoffen festzustellen. Die Untersuchungen haben zunächst dazu geführt, eine einfache Apparatur zur kombinierten Untersuchung zu schaffen. Es wurde weiterhin die Luftprüfung auf Blausäure und Chlor ausgearbeitet und damit begonnen, den trotz guter Entstaubungsvorrichtungen verbleibenden Staubgehalt der Luft, der gewerbehygienisch zu gestatten ist, zahlenmäßig festzustellen. Schließlich wurde eine einfache Methodik durchgearbeitet, die vergleichende Lichtmessungen in Arbeitsräumen gestattet, wobei gleichzeitig das Ergebnis der Messungen fixiert und kolorimetrisch bestimmt wird. Auch mit dieser Methodik werden Normen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für den Lichtbedarf bei den verschiedenen Arbeitsarten in den Betrieben festgestellt werden.

Die Aufzählung der wissenschaftlichen Laboratoriumsarbeiten, die mit ihren Ergebnissen an dieser Stelle nicht eingehender behandelt werden können, soll nur zeigen, in welcher Art ein gewerbeärztliches Laboratorium arbeiten soll, sie dürfte ein Beweis sein, daß diese Arbeiten wichtigen Zwecken dienen und keineswegs wissenschaftliche Spielereien sind, die sich die heutige Zeit überhaupt nicht mehr erlauben kann.

Das Gebiet der gewerblichen Medizin und Gewerbehygiene bietet trotz der vorliegenden großen Literatur ein reiches Arbeitsfeld, in dem einmal auf mannigfachen Gebieten mit alten, meist auf Einzelfälle gegründeten Ansichten kritisch aufgeräumt werden muß und andererseits der Boden erst durch theoretische Voruntersuchungen in genügender Weise vorzubereiten ist. Hierbei muß wohl beachtet werden, daß die Ergebnisse praktisch verwertbar und der Technik angepaßt sein müssen. Feinste Messungen und Bestimmungen, wie sie die wissenschaftliche Vorarbeit erfordert, sind hier nicht zu verwenden, wie auch allenthalben in der Technik wahrzunehmen ist, daß man sich vielfach ausreichend mit größeren Annäherungs- und Durchschnittswerten begnügen kann. Nur wenn man sich hierbei nicht in kleinliches, vielleicht im Laboratorium hin und wieder nötiges Arbeiten verliert, kann die Laboratoriumsarbeit in der Gewerbehygiene der Außenarbeit im Betriebe nützen.

Die kurze Darstellung dürfte gezeigt haben, daß ein gewerbeärztliches Laboratorium nicht nutzlos ist, daß es wirksam zur Besserung der Gesundheitsverhältnisse in der Industrie beitragen kann. Von dem bayerischen Laboratorium wird gehofft, daß es immer mehr seinen Aufgaben gerecht wird und erfolgreiche Arbeit leisten kann. Ein einziges Laboratorium ist aber bei der Arbeitsfülle ungenügend, es erscheint wünschenswert, daß auch an anderen Orten Deutschlands ähnliche Laboratorien entstehen mögen, deren Kosten im Hinblick auf ihren praktischen Wert wohl aufzubringen sind.

Chronik der Gesundheitspflege.

Leibesübungen.

Von Dr. Gerhard Wagner,
Direktor des Hygienischen Instituts der Freien Stadt Danzig.

„Jedes deutsche Kind hat ein Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit.“ Dieser einleitende Paragraph des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt vom 9. Juli 1922 zeigt, daß der Leibesübung nunmehr von Reichswegen die ihr gebührende Rolle im Rahmen der allgemeinen Erziehung zuerkannt wird — wie ja in Preußen durch die bekannte Kabinettsordre von 1842 „Die Aufnahme des Turnens in den Kreis der Volkserziehungsmittel und die sorgfältige Pflege desselben“ anbefohlen wurde. Die Gegenüberstellung dieser durch einen Zeitraum von 80 Jahren und damit durch einen heute noch unermeßlichen Umschwung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf allen Gebieten des öffentlichen Lebens voneinander getrennten gesetzlichen Normen lehrt eindringlich, daß, so wünschenswert auch die amtliche Kodifizierung der Forderungen des Tages ist, doch die praktische Auswirkung fehlt, wenn die obrigkeitliche Fürsorge nicht durch die Lebensgewohnheiten der breiten Volksmassen ergänzt und vervollkommnet wird. Die Leibesübungen müssen zur Volkssitte werden, sonst nutzt auch das beste Gesetz nichts.

Übrigens ist gerade von ärztlicher Seite das in Rede stehende Gesetz nicht widerspruchslos geblieben, insofern beklagt wird, daß den gesundheitlichen Aufgaben der Jugenderziehung verhältnismäßig wenig Beachtung geschenkt wird. Nur § 10, Abs. 2 besagt: „Besteht für einen Bezirk ein Gesundheitsamt oder eine entsprechende Behörde, so können dieser die gesundheitlichen Aufgaben übertragen werden." Die ärztliche Mitarbeit wird also nicht unbedingt verlangt.

Es dürfte an sich wohl unzweifelhaft sein, daß der Arzt in allen Fragen des körperlichen Gedeihens der natürliche Berater der Jugend ist. Andererseits darf aber nicht übersehen werden, daß die Entwicklung der ärztlichen Berufstätigkeit und auch die Art der ärztlichen Ausbildung im wesentlichen sich bisher im Sinne des „Heilarztes" bewegte. Die Zahl der Ärzte mit hygienischer Interesseneinstellung im vorbeugenden Sinne war bisher im großen und ganzen auf den kleinen Kreis der „Staatsärzte" beschränkt, deren vielseitige amtliche Betätigung und amtliche Gebundenheit ihnen meist wenig Spielraum zur Mitarbeit auf neu zu erschließenden Gebieten ließ. Es ist zu wünschen, daß das anders wird, und die augenblickliche Überfüllung des medizinischen Berufes wird vielleicht die Reihen der praktischen Hygieniker oder hygienischen Praktiker verstärken helfen, falls ihnen trotz der wirtschaftlichen Verelendung unseres Staates und unserer Gemeinden das tägliche Brot gesichert ist.

Daß das Interesse speziell für die Mitarbeit des Arztes auf dem Gebiete der körperlichen Erziehung in den Kreisen der jüngeren Medizinerschaft im Wachsen ist, zeigt die Forderung des Verbandes deutscher Klinikerschaften nach Abhaltung von Vorlesungen über die gesundheitliche Bedeutung der Leibesübungen im Rahmen des medizinischen Studienplanes. Für das erwachende Interesse der Ärzteschaft spricht ferner der rege Besuch, den der Anfang August an der „Deutschen Hochschule für Leibesübungen" erstmalig veranstaltete theoretische und praktische Lehrgang für Ärzte gefunden hat; mehr als 50 Ärzte in den verschiedensten Lebensaltern hatten sich zusammengefunden, um im Grunewaldstadion neben dem reichen theoretischen Programm, daß u. a. Vorlesungen von A. Bier und Rubner enthielt, auch durch praktische Betätigung „Arbeit im Gewande der Freude" zu leisten, wobei es dem ursprünglichen Sinne der Gymnastik ebensosehr, wie unseren heutigen Anschauungen über den gesundheitlichen Wert der Licht- und Luftkur entspricht, daß das Gewand möglichst auf den sogenannten „Stadionsfrack", d. h. eine Badehose, beschränkt wird. Die stattliche Teilnehmerzahl ist um so beachtlicher, als unmittelbar zuvor ein ebenfalls für Ärzte bestimmter mit staatlichen Mitteln unterstützter Lehrgang an der Preußischen Landesturnanstalt in Spandau, der, wie in meinem vorigen Bericht mitgeteilt wurde, der Charakter einer Hochschule verliehen wurde, stattgefunden hatte. An der Gelegenheit, Versäumtes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nachzuholen und sich einen ärztlichen Einblick in das vielgestaltige Problem der Leibesübungen zu verschaffen, hat es also nicht gefehlt. Auch für das Jahr 1923 verheißt das Programm der Deutschen Hochschule für Leibesübungen weitere derartige Lehrgänge, und zwar vom 23. Juli bis 11. August für Ärzte, vom 6. bis 18. August für Ärztinnen und vom 18. bis 30. Juni für Verwaltungsbeamte. (Einzelheiten sind beim Sekretariat der Hochschule Berlin W, Kurfürstenstr. 48, zu erfahren.)

Außer dem Lehrgang für Ärzte fanden an der Deutschen Hochschule für Leibesübungen im verflossenen Jahre auch für andere Interessenten zahlreiche kurzfristige Kurse statt, so u. a. für Turn- und Sportlehrer, für Asta (lies: Allgemeiner Studenten Ausschuß) -Mitglieder, zu dem 20 Hochschulen Vertreter entsandt hatten, für Schüler (5 Kurse mit rund 300 Teilnehmern) und für Verwaltungsbeamte; unter letzteren waren 1 Bürgermeister, 2 Kreis- bzw. Stadtschulräte, 1 Turninspektor, 1 Turnrat, 1 Oberturnlehrer, 1 Gymnasialturnlehrer, 2 Rektoren, 4 Turnlehrer, 5 Lehrer, 1 Stadtbaurat, 1 Stadtoberinspektor, 1 Oberstadtsekretär, 1 Kreisausschußsekretär, 1 Stadtsekretär, 1 Jugendamtsleiter, 2 Kreiswohlfahrtsamtsleiter, 1 Leiter eines Stadtamtes für Leibesübungen, 1 Kreisjugendpfleger und 1 Kreisjugendpflegerin. Nimmt man hinzu, daß die Hochschule außerdem noch 61 Lehrgänge im Reiche und in den angrenzenden, sich deutsch fühlenden Gebieten (Danzig, Böhmen, Tirol) veranstaltete, daß ferner die angeschlossene Berliner Volkshochschulabteilung in 9 Vorlesungen und 208 praktischen Kursen 5678 Personen Anregung und Belehrung hinsichtlich der verschiedenen Arten der Leibesübungen gewährte, so kann man feststellen, daß hier außerordentlich vielseitige und nützliche Arbeit geleistet wurde. Aber auch die eigentliche Hochschultätigkeit hat trotz aller Schwierigkeiten einen weiteren Aufschwung genommen; im Sommer 1922 betrug die Zahl der Studierenden 134 (darunter 27 Damen), unter denen das Ausland 10 Vertreter hatte. Daß von seiten des Lehrkörpers keine geringen Anforderungen gestellt wurden, erhellt daraus, daß von den 25 Examenskandidaten des Sommersemesters nur 12 in allen Fächern bestanden und so ohne Wiederholungsprüfung in den Besitz des Diplomzeugnisses kamen. Die verdiente Anerkennung für ihr Wirken fand die Hochschule denn auch gelegentlich der Einweihung des neuen Hochschulgebäudes im Stadion, das u. a. einen großen Hörsaal, eine Turnhalle, Laboratorien, Wohnräume für die Studenten usw. enthält, insofern zu der Festsetzung des Kuratoriums die Reichs- und Staatsregierungen zahlreiche Vertreter entsandt hatten. Den wissenschaftlichen Festvortrag hielt der Münchener Hygieniker Prof. J. Kaup, über die biologisch-hygienische Bedeutung der Leibesübungen (wiedergegeben in der Monatsschrift für Turnen, Spiel und Sport 1922, Heft 15), dessen Inhalt in folgendem gipfelte: Da eine Vererbung erworbener Eigenschaften und damit eine Höherzüchtung des menschlichen Geschlechtes nach dem heutigen Stande der Vererbungslehre ausgeschlossen ist, muß die Hauptaufgabe der körperlichen Erziehung die Harmonie der Längen- und Breitenentwicklung bei voller biologischer Wertigkeit bilden — eine Aufgabe, die unsere bisherige militärische Ausbildung nur für die rund 50 Proz. diensttauglichen jungen Männer gelöst hat, während für 50 Proz. Untaugliche aus allen Berufsschichten überhaupt nicht gesorgt war; der Verlust der allgemeinen Wehrpflicht, die Wirkung der Hungerblockade, der hohe Prozent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

satz Schwächlicher, also biologisch Unterwertiger in allen Gruppen unserer Stadtjugend und auch auf dem Lande führt zu der Forderung einer allgemeinen Pflicht zu systematischen Leibesübungen, einer „Konstitutionsdienstpflicht“: „Zur einseitigen geistigen Entwicklung des Mittelschülers, zur ebenso einseitigen gewerblichen Ausbildung des Lehrlings tritt als gleichwichtiger Faktor die ausgleichende und ergänzende Arbeit der körperlichen Erziehung und Entfaltung.“ — ⸗ —

Im Anschluß an diese Gedankengänge sei darauf hingewiesen, wie das von den Kriegsfolgen ebenfalls hart betroffene Ungarn an seinem völkischen Wiederaufbau arbeitet; nach dem Gesetz über Körpererziehung vom 25. Dezember 1921 hat der Staat darüber zu wachen, daß in allen Schulen mit Einschluß der Hochschule die Körpererziehung beider Geschlechter geregelt werde, die schulentlassene Jugend männlichen Geschlechts bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zu Leibesübungen herangezogen wird und die Gesellschaften (Vereine), die sich mit Körpererziehung ernstlich und im völkischen Geiste befassen, unterstützt werden. Zur Ausbildung der nötigen Lehrkräfte sind besondere Hochschulen zu errichten. Die Gemeinden müssen Spielplätze, Bäder und Schwimmschulen schaffen bzw. unterstützen und fördern. Zur Beschaffung und Vergrößerung der zum Zwecke der Körpererziehung dienenden Liegenschaften steht erforderlichenfalls den Gemeinden das Enteignungsrecht zu. Jeder Handels⸗, Industrie⸗, Landwirtschafts⸗ oder Gemeindebetrieb, der mindestens 1000 Arbeiter beschäftigt, ist verpflichtet, für letztere und die Angestellten einen Sportplatz und Badegelegenheit zu schaffen; kleinere Betriebe können größeren angeschlossen werden, falls sie sich nicht vereinigen. In Budapest soll ein Stadion errichtet werden. Im Haushaltplan des Kultus⸗ und Unterrichtsministeriums ist für Körpererziehung ein besonderer Posten einzustellen, dem gewisse gesetzlich gesicherte Wettbeträge bei Pferderennen zufließen. Ein Landes⸗Körperpflegerat, bestehend aus Fachmännern, Ärzten, Erziehern und Vertretern von Sportvereinigungen, ist vom Kultus⸗ und Unterrichtsministerium zu bilden; derselbe wird in den vom Minister bezeichneten Angelegenheiten als Aufsichts⸗ und Vollziehungsbehörde tätig sein[1]).

Neu und sehr beachtlich erscheint unter diesen Maßnahmen der Gedanke, den großen Handels⸗ und Industriebetrieben die Einrichtung von Sportplätzen zur Pflicht zu machen. Allerdings ist ja auch bei uns hier und da von einsichtigen Betriebsleitungen schon einiges in dieser Hinsicht getan worden, aber die allgemeine Durchführung dieses Grundsatzes würde bei uns wohl geeignet sein, der Platznot, wenigstens in den industriellen Gegenden, einigermaßen zu steuern und, was zurzeit besonders zu begrüßen wäre, die Kosten nicht den notleidenden Staats⸗ und Gemeindesäckeln, sondern leistungsfähigeren Schultern aufzubürden. Vielleicht findet dieser Ausweg bei der Beratung des Reichsspielplatzgesetzes in den gesetzgebenden Körperschaften, die allerdings immer wieder herausgeschoben wird, Beachtung. Auch die Verwendung der aus dem Wettbewerb bei Pferderennen erhobenen Abgaben für die Zwecke der Leibesübungen erscheint nachahmenswert.

[1]) Nach einer Mitteilung in der Monatsschrift für Turnen, Spiel und Sport 1922, S. 279.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In organisatorischer Hinsicht sind im Berichtsjahre nicht sehr erhebliche Veränderungen eingetreten. Zu erwähnen ist, daß der am 21. Mai 1891 durch E. v. Schenkendorff ins Leben gerufene „Zentralausschuß für Volks- und Jugendspiele in Deutschland" im Frühjahr 1922 in dem Reichsausschuß für Leibesübungen aufgegangen ist. So sehr man es auch bedauern mag, daß diese auf dem Gebiete der Freiluftspiele bahnbrechend und führend gewesene Organisation, deren bekannte Jahrbücher eine wahre Fundgrube für alle an der körperlichen Erziehung Interessierten gewesen sind, nunmehr ihre selbständige Existenz aufgegeben hat, so ist es doch andererseits zu begrüßen, daß die hier vereinigte reiche Erfahrung nunmehr sich mit der im Reichsausschuß verkörperten arbeitsfreudigen Initiative jüngerer Elemente zu einem Ganzen verschmolzen hat.

Beachtung verdienen ferner die großen organisatorischen Fortschritte der Arbeiter-Sportbewegung. So war die in Leipzig am 3. Nov. 1920 eröffnete Bundesschule, die Übungsleiter auf allen Gebieten der Leibesübungen heranbilden will, nunmehr in der Lage, ihren ersten Jahresbericht herauszugeben: in 68 Kursen wurden 2585 männliche und weibliche Leiter ausgebildet, ferner aber insgesamt 20 Musterschulklassen mit zusammen 600 Schülern und Schülerinnen (Kinder und Erwachsene) eingerichtet, durch deren Vorbild im Stammverein des Schülers oder bei Kursen und Werbeveranstaltungen durch das gegebene Beispiel anregend auf die Betriebsweise der Vereinstätigkeit gewirkt werden soll. Die Ausbildung erstreckte sich nicht nur auf die praktische Seite, sondern auch organisatorische, erzieherische und gesundheitliche Vorträge wurden geboten. Außer der Leipziger Bundesschule sind noch weitere Zweigstellen in Hannover, Berlin, Nürnberg, Bremen und Dresden im Entstehen. Die Frage, warum es dem Arbeiter-Turn- und Sportbund notwendig erscheint, sich auch hier von den „bürgerlichen" Einrichtungen freizumachen, wird in einer seiner Veröffentlichungen folgendermaßen beantwortet:

1. Weil uns als Arbeiterturner und -sportler die staatlichen Einrichtungen vor dem Kriege verschlossen waren.
2. Weil wir infolge der gegen uns inszenierten politischen Hetze der Vorkriegszeit durchgängig nur ungeeignete Turnräume und Übungsmittel benutzen konnten und staatlich ausgebildete Turnlehrer uns nicht unterstützen durften, darum war bei uns der Vorturnermangel besonders groß.
3. Weil zur Behebung der herrschenden Vorturnernot von einer Zentralstelle aus einheitlich geschulte Lehrkräfte über das Bundesgebiet ausgesandt werden mußten.
4. Weil auch nach der politischen Umwälzung die nunmehr auch an uns geöffneten staatlichen Anstalten längst nicht den wirklichen Bedarf an Lehrkräften decken können.
5. Weil die unter sich völlig verschiedene Lehr- und Betriebsweise der staatlichen Anstalten unsere bisherige einheitliche Methodik gefährdet und uns zwingt, die Ergebnisse aller Staatskurse zusammenfassend als „Unser System" zu verbreiten.

   Und endlich:

6. Weil wir, wenn auch unter Benutzung aller staatlichen oder gemeindlichen Mittel, doch in allen Dingen unsere völlige Selbständigkeit bewahren wollen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Stichhaltigkeit dieser Gründe ist gewiß nicht über jeden Zweifel erhaben, anerkennen muß man aber, daß hier von privater Seite und aus eigenen Mitteln für die Leibesübungen und damit für die Volksgesundheit ernste Arbeit geleistet wird, und deswegen wird man ihr gern Erfolg wünschen, auch wenn man die künstliche Trennung nicht nur des eigenen Volkes, sondern der gesamten Menschheit in zwei Lager — unter Betonung der „Weltanschauung" — für ein vom biologischen Standpunkt von vornherein unverständliches und vom praktischen Standpunkt sehr unvorteilhaftes Unternehmen ansieht. Wieviel mehr Nutzen könnte z. B. der Sache der Leibesübungen erwachsen, wenn die Zersplitterung in zwei Lager vermieden würde!

Im übrigen marschiert die Arbeiter-Turn- und Sportbewegung, die jetzt 1,4 Millionen Anhänger (ohne die Jugendlichen unter 17 Jahren) zählt, in den gleichen Bahnen wie ihr bürgerliches Gegenstück. So fand vom 22. bis 25. Juni 1922 das erste deutsche Arbeiter-Turn- und Sportfest in Leipzig statt, das ein Massenaufgebot von Teilnehmern aus allen Teilen des Reiches, aber auch aus dem Auslande (Frankreich, Belgien, Finnland, Schweiz, Tschechoslowakei) vereinte; die Organisation der Veranstaltung war, wie berichtet wird, ausgezeichnet; auch die Güte der gebotenen turnerischen Darbietungen wird wenigstens auf manchen Gebieten, z. B. den Freiübungen, gelobt. Für das kommende Jahr ist ebenfalls nach bürgerlichem Muster eine internationale Arbeiter-Turn- und Sport-„Olympiade" geplant, für die Frankfurt a. M. in Aussicht genommen sein soll.

Der Wunsch, die Begeisterung der Jugend für die Leibesübungen in den Dienst von Bestrebungen zu stellen, deren Ziel auf ganz anderen Gebieten liegt, ist übrigens anscheinend auch anderwärts vorhanden; so berichtet ein Regierungspräsident (Volkswohlfahrt 1922, S. 428) über die Tätigkeit der Jugendpflegerinnen im Jahre 1921:

„Es zeigte sich mehr und mehr, daß auch die konfessionellen Vereine ihre Mitglieder nicht halten können, wenn sie ihnen nicht im bestimmten Umfange körperliche Betätigung in irgend einer Form gewähren."

Der Werbekraft der Leibesübungen wird damit allerdings ein gutes Zeugnis ausgestellt, aber der Wunsch, mittels der Leibesübungen die Jugend für irgendwelche politischen oder religiösen Bestrebungen zu gewinnen, degradiert den Zweck zum Mittel und muß daher vom Standpunkt der Leibesübungen bekämpft werden.

Das Schrifttum der Leibesübungen hat sich weiterhin in so erheblichem Maße vermehrt, daß hier nur einiges für die öffentliche Gesundheitspflege Wesentliche hervorgehoben werden kann: Die Organisation eines Stadtamtes für Leibesübungen wird von Oskar Hannen, dem Direktor des Jugendamtes Berlin-Lichtenberg, in seiner Diplomarbeit für das Abschlußexamen der Deutschen Hochschule für Leibesübungen dargestellt, die unter dem Titel „Das Stadtamt für Leibesübungen" im Weidmannschen Verlage in Berlin erschienen ist. Über die ärztliche Beratung der Turner und Sportler in besonderen öffentlichen Beratungsstellen hat K. A. Worringen mehrfach berichtet (Münchener med. Wochenschrift 1922, S. 125 und Monatsschrift für Turnen, Spiel und Sport 1922, S. 125); er bezieht sich dabei auf seine neuerdings in Dortmund gemachten Erfahrungen und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

will solchen Beratungs- und Untersuchungsstellen folgende Aufgaben zugewiesen wissen:

1. Beratung und Erledigung aller heilkundigen und ärztlichen Fragen des Jugendamtes.
2. Ärztliche Untersuchung (eine Art Musterung) und gesundheitliche Beaufsichtigung bei der gesetzlich zu regelnden Turn- und Sportpflicht der Jugend, insbesondere auch Untersuchung aller Sportsleute, die sich einem regelrechten Üben unterziehen.
3. Befreiung der Kinder vom Turnunterricht.
4. Beratung und etwaige Überweisung in ärztliche Behandlung derjenigen, die beim Sport Verletzungen davongetragen haben.
5. Eignungsprüfungen für bestimmte sportliche Leistungen und Methoden der Leistungssteigerung.

Wer sich über die allgemeinen Gesichtspunkte unterrichten will, unter denen augenblicklich die Leibesübungen in den Vordergrund des öffentlichen Interesses zu treten verdienen, dem sei die kurze Schrift des Münchener Anthropologen Martin: Körpererziehung (Jena, Gustav Fischer) empfohlen. Sie enthält einen in der Münchener Universität gehaltenen akademischen Vortrag, der in formvollendeter Weise eine Einführung gibt in das neue Erziehungsideal: „Die Ausbildung gesunder, lebenstüchtiger, harmonischer Menschen, jene Entwicklung des Gesamtwesens, der ganzen Persönlichkeit, die im Sinne der griechischen Kallisthenie Körper und Geist in einem gemeinsamen Bande umschlingt. Das ist nur zu erreichen, wenn der moderne, ganz auf das Intellektuelle eingestellte Mensch wieder in ein innigeres Verhältnis zu seinem Körper tritt, wenn Körperkultur als gleichberechtigt neben Geisteskultur anerkannt wird." Im gleichen Sinne, aber weniger an die Allgemeinheit als an die berufenen Hüter der Volksgesundheit, die Ärzte, wendet sich A. Bier, Rektor der Deutschen Hochschule für Leibesübungen — nicht nur dem Namen, sondern auch dem Wesen nach —, in zwei Aufsätzen: Die körperliche Ertüchtigung der Jugend (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1922, Nr. 18) und Gymnastik als Vorbeugungs- und Heilmittel (Münchener med. Wochenschrift 1922, S. 993). In beiden betont er die Wichtigkeit der Aufgabe, die den Ärzten beim Wiederaufbau der deutschen Volksgesundheit zukommt, nicht zuletzt auch im eigensten Interesse des ärztlichen Standes; denn wenn die Ärzte versagen, dann kann es leicht kommen, daß „dann die Kurpfuscher die klaffende Lücke, die sie gelassen haben, ausfüllen, so gut es geht".

Den, der sich mit der für die Hygiene der körperlichen Arbeit so wichtigen Ermüdungsforschung befaßt, dürfte es interessieren, daß nach starker körperlicher Anstrengung eine Herabsetzung des zentralen Farbenunterscheidungsvermögens eintritt (Boehmig, Münchener med. Wochenschrift 1922, S. 962), was vielleicht einen neuen Weg für die Messung der Ermüdung in Aussicht stellt. Die bisherigen Methoden der Ermüdungsmessung dürfen hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit nicht überschätzt werden; Dynamometer, Ergograph, die Baursche Akkomodationsmethode, Blutdruckmessung, Beobachtung der Blutverschiebung (nach Weber), Bestimmung der Reaktionszeit ergeben nämlich, wie die „Ermüdungsstudien" Kimuras im Berliner hygienischen Universitätsinstitut (Zeitschrift für Hygiene, Bd. 98, S. 68) zeigten, bei genau bemessener Arbeitsleistung am Ergometer keines-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegs eindeutige Resultate, jedenfalls nicht in dem Sinne, daß größerer Arbeitsleistung auch ein verhältnismäßig starker Ausschlag bei der Messung entspricht. Wenn mehrfach beobachtet wurde, daß nach leichter körperlicher Arbeit die Arbeitsfähigkeit vermehrt war, während sie nach schwerer herabgesetzt war, so deckt sich das mit der Erfahrung der sportlichen Praxis. Der Versuch, die körperliche Leistungsfähigkeit durch anspornende Reizmittel künstlich zu erhöhen, ist zwar im Pferderennsport untersagt, wird aber eigentümlicherweise im menschlichen Wettbewerb nicht beanstandet. Daß aber selbst dem allseitig beliebten und als ungefährlich bekannten Koffein keine leistungssteigernde Wirkung — wenigstens im Sinne einer reinen Muskelwirkung — zukommt, beweist Herbert Herxheimer (Münchener med. Wochenschrift 1922, S. 1339) an einer rein sportlichen Arbeitsleistung, dem 100 m-Lauf; eine fördernde Wirkung ist nur dann zu erwarten, wenn eine psychische Wirkung mit in Frage kommt (was allerdings wohl meist der Fall sein dürfte).

Den Leibesübungen kommt nicht nur im vorbeugenden, sondern auch im heilenden Sinne ärztliche Bedeutung zu. Das betont Lehmann, der ärztliche Berater der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz, in seiner Schrift über „Gesundheitsturnen“ (54 S. bei Tr. Schwann, Düsseldorf), und zwar sucht er Richtlinien zu geben für die Behandlung der in Heilstätten, Erholungsheimen, ländlichen Krankheitshäusern seitens der Landesversicherungsanstalt untergebrachten konstitutionell schwachen und kranheitsgefährdeten Kinder, sowie der nervösen, genesenen und kräftigungsbedürftigen Erwachsenen. Im gleichen Sinne berichtet W. Kohlrausch aus der Bierschen Klinik über „Heilturnen mit schulturnbefreiten und asthenischen Kindern“ (Deutsche med. Wochenschrift 1922, S. 623); die tägliche Heilturnstunde gestaltet sich nach seinen Erfahrungen folgendermaßen: An 4 Tagen vor Beginn der Übungen (nach dem Anmarsch) 10 Minuten Ruhe im Liegen, dann 15 bis 20 Minuten scharfe Gymnastik: schnelle kräftige Rumpfübungen, Laufübungen mit Stil- und Steigerungslaufen, Armstöße, die der Boxschule entlehnt sind u. a. m., dann wieder 15 bis 20 Minuten Ruheliegen. An den zwei weiteren Wochentagen ¾ Stunden Kriechübungen nach Klapp, am Sonntag eine Wanderung, steigend von 10 bis 20 km. Daneben sind die Kinder in der Schule möglichst zu entlasten. Aus diesem Grunde ist das Heilturnen auf die letzten Stunden zu verlegen, in denen die Kinder vom Unterricht zu befreien sind. Kohlrausch betont mit Recht, daß es ein grober Fehler ist, solche Kinder vom Schulturnen zu befreien, ohne eine geeignete Gymnastik an dessen Stelle zu setzen.

Von weiteren gleichsinnigen Veröffentlichungen möchte ich noch nennen: Ide (Amrum), Praktische Lungengymnastik zur Hebung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit (München bei Gmelin), die sich ebenfalls an Herzschwache, Stubenhocker wendet, sowie Ranke und Silberhorn, die bereits in 2. Aufl., „Atmungs- und Haltungsübungen“ (ebenfalls bei Gmelin, München) zusammengestellt haben, wobei die schulärztlichen Erfahrungen des erstgenannten Autors und die Praxis des Gymnastiklehrers sich ergänzen. Ausgezeichnete künstlerisch schöne Lehrtafeln für gymnastische Übungen bringt H. Surén, Gymnastik im Bild (Frankhs Sportverlag, Dieck & Co., Stuttgart).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die gesundheitliche Bedeutung der Leibesübungen kommt am meisten für die heranwachsende Jugend in Frage, und es ist daher dankbar zu begrüßen, daß J. Kaup die in München an einem großen Material, 5000 männlichen Fortbildungsschülern, im Jahre 1913 gesammelten Untersuchungsergebnisse einer eingehenden Bearbeitung unterzogen hat, die er in seiner Schrift „Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter" (München, J. F. Lehmann, 1922) mitteilt. Aus der Fülle von lesenswerten, auszugsweise nicht wiederzugebenden Einzelheiten sei hervorgehoben, daß Kaup unter den verschiedenen Indizes für die körperliche Entwicklung dem Erismann-Index: B (mittlerer Brustumfang) $-\frac{L}{2}$ (halbe Länge) für die ärztliche Beurteilung den Vorzug gibt. Bedeutsam sind ferner die Schlußfolgerungen über die Einwirkung der Berufsarbeit auf den heranwachsenden Körper hinsichtlich des Längen- und Breitenwachstums, die ich in nachstehender tabellarischer Übersicht kurz wiedergeben möchte:

Beruf	Längenwachstum	Breitenwachstum
Kaufleute	übermäßig	stark zurückgehalten
Maschinenbauer	weniger übermäßig	etwas unternormal
Schlosser	ziemlich normal	etwas unternormal
Schmiede, Metzger	normal	besonders stark
Bäcker	unternormal	gut
Schneider	gehemmt	viel stärker gehemmt
Ungelernte	normal	gehemmt

Alle anderen Berufe dürften innerhalb der durch obige Extremberufe gebildeten Grenzen liegen.

Kaup glaubt danach, unter den Jugendlichen drei Gruppen unterscheiden zu sollen:

1. An Körpergröße und Brustkorb infolge ungünstiger Umweltseinflüsse (Unterernährung u. a.) untermaßige Individuen. Fortdauer dieser Untermaßigkeit während der Berufsarbeit bei Fortdauer ungünstiger Einflüsse und Fehlen funktioneller Reize zur Breitenentwicklung (Schneider und Ungelernte, teilweise auch Kaufleute).
2. An Körpergröße übermaßige, in der Breitenentwicklung untermaßige Jugendliche infolge Mangel an ausreichender Reizeinwirkung zur Entwicklung in die Breite bei ausreichender Ernährung. Fehlen funktioneller Reize zum Breitenwachstum im Beruf oder der späteren Studienzeit (die Mehrzahl der Kaufleute, Studierenden).
3. Annähernd normal sich entwickelnde Jugendliche mit entsprechender Längen- und Breitenentwicklung infolge normaler Ernährungs- und Betätigungsverhältnisse in der Schulzeit und ausgleichender Reizverteilung für Längen- und Breitenentwicklung im Beruf während der Pubertätsperiode (Schmiede, Metzger, Maschinenbauer, teilweise auch Schlosser, Bäcker und Gastwirte, auch Mittelschülergruppen mit ausgiebiger Körperbetätigung).

Den Ausgleich gegenüber der schädlichen Berufseinwirkung und sonstigen Umweltseinflüssen sucht Kaup in einem großzügigen Ausbau der körperlichen Jugendpflege, in regelmäßigen Leibesübungen und antagonistischer Körperarbeit. Er verlangt in diesem Sinne, wie bereits eingangs erwähnt, eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Konstitutionsdienstpflicht für beide Geschlechter in Stadt und Land", deren Ableistung auf das ganze Entwicklungsalter zu verteilen wäre. Für die Durchführung einer derartigen Konstitutionsdienstpflicht kommen folgende Gesichtspunkte in Betracht:

1. Für die Volksschuljugend: Tägliche Turnstunde für beide Geschlechter sowie ein aufgabenfreier Spielnachmittag. Bevorzugung von Freiluftspielen. Keine Befreiung von diesen Übungen. Für körperlich besonders Schwache Sonderübungen. In den letzten zwei Schulklassen Werkarbeit als körperliche Übung sowohl wie als Grundlage für die Berufswahl. Allgemeinverbindlicher Schwimmunterricht. Einrichtung von Schülergärten.
2. Für die Mittelschulen: Die gleichen Maßnahmen wie oben. Zur Werkarbeit, namentlich Gartenarbeit, soll an Nachmittagen Gelegenheit geboten werden. In den Ferien für die Altersgruppen über 14 Jahren Ausnutzung eines Teiles der Ferienzeit für landwirtschaftliche Hilfsarbeit.
3. Fortbildungsschuljugend:
   A. Für Kaufleute, Schneider, Tapezierer, Buchbinder, Friseure usw. mindestens drei Turnstunden und ein freier Spielnachmittag in der Woche. Bevorzugung der Übungen, die auf die Breitenentwicklung günstig einwirken. Vierwöchiger Urlaub in zwei Abschnitten im Jahre, unabhängig von der Jahreszeit unter Berücksichtigung der Arbeitssaison. Verwendung dieses Urlaubs: zur Hälfte zur Landarbeit (etwa sechs Stunden pro Tag unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit), bei ausreichender Kost, einfacher Unterbringung und Bekleidung; zur anderen Hälfte Wanderungen.
   B. Maschinenbauer, Schlosser, Tischler, Elektriker, Metzger, Bäcker, Schmiede usw.: Ausgleichsübungen zur Entlastung einseitiger Körperbeanspruchung; zwei Pflichtstunden und ein freier Spielnachmittag. Bevorzugung von Geschicklichkeitsübungen. Zwei Wochen Urlaub im Jahre für Wanderfahrten.
   C. Bauernsöhne, jugendliche Land- und Forstarbeiter. Ausnutzung der Sonntage für Turnen, Spiel, Sport, Schwimmen. Pflichtmäßiger Turnunterricht in den Spätherbst- und Wintermonaten an zwei bis drei Nachmittagen. Besondere Pflege volkstümlicher Übungen, Gelenk- und Geschicklichkeitsübungen, Wintersport. 14 Tage Urlaub mit Berücksichtigung der Saisonarbeit. Vereinigung von Fortbildungs- und Turnlehrgängen.
4. Für gefährdete Jugendliche aller Gruppen besondere Erholungs- und Kräftigungseinrichtungen unter ärztlicher Leitung. Orthopädische Turnkurse für Jugendliche mit Haltungsfehlern. Heilturnen für Schwächliche, Abhärtungskuren durch Sonnenbäder für Lungenkranke, unter Benutzung der sozialen Wohlfahrtseinrichtungen. Mindestens einen Monat Urlaub, davon 14 Tage Höhenaufenthalt in einfachster Form.

Zur Durchführung dieser Konstitutionsdienstpflicht sind nach Kaup für den Ausgleich geistiger und körperlicher Erziehung noch erforderlich:

1. Ausgestaltung des ärztlichen Untersuchungs-, Überwachungs- und Belehrungsdienstes vom Säuglingsalter bis zur Vollreife.
2. Organisation einer Berufsberatung unter Mitwirkung der Lehrer und Fürsorgeärzte.
3. Fernhaltung der Jugendlichen von gesundheitsgefährlichen Berufsarbeiten.
4. Ernährungs- und Wohnungsfürsorge hinsichtlich der Jugendlichen, Einschränkung des Alkohol- und Nikotinmißbrauches. Eindämmung der Geschlechtskrankheiten, insbesondere durch Belehrung.

Die mit einer derartigen umfassenden Organisation verbundenen erheblichen Kosten können keine Rolle spielen:

„Es gibt keinen nützlicheren Zweck, als die Fürsorge für den Mitgliedernachwuchs in seiner wichtigsten Altersperiode. Ausgaben zur Erreichung der bestmöglichen Körperverfassung (Konstitution) unserer Jugendlichen beiderlei Geschlechts sind werbende Kapitalien, von denen ungeahnt reiche Zinsen in der Periode ertätiger Vollkraft erwartet werden dürfen." —

Schließlich verdanken wir dem vergangenen Jahre noch zwei zusammenfassende Darstellungen über die Beziehungen zwischen Leibesübungen und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gesundheit: Walter Schnell, Biologie und Hygiene der Leibesübungen (Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg) und Ferdinand Hueppe, Hygiene der Körperübungen, zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage (Leipzig, S. Hirzel). Schnell gibt in 14 Vorlesungen den Inhalt seiner Vorträge im Turnlehrerausbildungskursus in Münster wieder, ergänzt und erweitert durch seine späteren Erfahrungen als Stadtschularzt in Halle. Er bringt im Gegensatz zu anderen Darstellungen in erster Linie eine systematische Übersicht über den Bau und die Funktionen des menschlichen Körpers, um bei den einzelnen Organsystemen die speziellen Beziehungen zu den Leibesübungen einflechten zu können, ohne daß auch der Laie am Verständnis durch den Mangel an den grundlegenden Vorkenntnissen gehindert wäre. Seine frühere Tätigkeit an anatomischen und physiologischen Universitätsinstituten hat ihm die schwierige Aufgabe, das wichtige in knapper gemeinverständlicher Darstellung auseinanderzusetzen, in vollendeter Weise lösen helfen. Jeder, der ähnliche Vorlesungen abzuhalten oder in solchen zu lernen hat, wird in dem übrigens sehr gut illustrierten Buch einen zuverlässigen Wegweiser finden.

Das altbekannte, im 70. Lebensjahre des Verfassers neu entstandene Werk Hueppes bringt die Summe eines ganzen der wissenschaftlichen Hygiene im allgemeinen und in Verbindung damit dem theoretischen und praktischen Studium der Leibesübungen gewidmeten Lebens. Allerdings ist das Hueppesche Werk kein elementares Lehr- und Lernbuch, vielmehr setzt das Verständnis ein gewisses Maß biologischer Vorkenntnisse sowie eine nicht geringe allgemeine Bildung voraus. Der Arzt wird der durch viele historische Hinweise und anthropologische Daten belebten Darstellung Hueppes mit Interesse folgen. Auch dem Zweifler, der „auf die Worte des Magisters zu schwören" grundsätzlich ablehnt, wird es zu denken geben, wenn ein Hygieniker wie Hueppe, der an der Entwicklung der heutigen Gesundheitslehre in allen ihren Phasen tätigen Anteil genommen hat, der zahlreiche Generationen von Ärzten hat heranziehen helfen, sich mit solcher Hingebung für die gesundheitliche Notwendigkeit der Leibesübungen einsetzt; sachverständiges, durch lange und vielseitige Erfahrung gereiftes Urteil kommt ihm, wie so leicht keinem zweiten zu, und daher soll ihm auch hier das Schlußwort bleiben: „Bei der Körperkultur handelt es sich um eines der wichtigsten Gebiete der persönlichen, öffentlichen und sozialen Hygiene, und auf die Dauer gibt es keine gesunde Öffentlichkeit ohne öffentliche Gesundheit."

Besprechungen.

Hermann v. Hayek (Innsbruck). Das Tuberkuloseproblem. 2. Aufl., 391 S., 46 Textabbildungen. Berlin, J. Springer, 1921.

Hayeks rasch bekannt gewordenes Buch liegt in zweiter Auflage vor, erweitert durch manche Zusätze, u. a. eingehendere Berücksichtigung der Strahlentherapie und der Röntgendiagnostik. Alle Behandlung wird beurteilt unter dem Gesichtspunkt der Immunbiologie; immunisatorische Wirkungen sind beabsichtigte oder unbeabsichtigte Folgen aller therapeutischen Bestrebungen. Eingehend und kritisch durchdacht ist die Darstellung der spezifischen Tuberkulintherapie, die das stärkste immunbiologisch wirksame Agens darstellt. Wer sie betreiben will, tut gut, sich mit dem Buch auseinanderzusetzen. Unbenommen bleiben ihm freilich mannigfache Zweifel und Wider-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spruch. Denn die Ansicht, daß die Tuberkulintherapie ein aktiv immunisierendes Verfahren ist, kann wohl kaum mit hinreichenden Beweisen belegt werden. Man muß Voraussetzungen machen, die keineswegs zwingend sind, um mit den Ausführungen des Verf. widerspruchslos mitzugehen. Es wird noch vieler zusammenfassender Arbeit bedürfen auf pathologisch-anatomischem und auf klinischem Boden unter Heranziehung des Röntgenverfahrens und einer spezifischen Diagnostik, die sich frei hält von aprioristischen Vorstellungen, um die vielleicht eng begrenzten immunbiologischen Möglichkeiten auf dem Gebiete der Tuberkulose abschließend darzustellen. Als ein energischer zu Arbeit und Denken anregender Vorstoß wird das Buch Hayeks Wert und Verdienst behalten. Straffere Fassung und Wegfall mancher Weitschweifigkeiten würden den Wert noch steigern. Lommel (Jena).

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1919 und 1920. Im Auftrage des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt bearbeitet in der Abteilung für Volksgesundheit des Ministeriums. Berlin, Richard Schoetz, 1922.

Der vorliegende Bericht schließt sich nach Form und Inhalt seinem Vorgänger an und gewährt einen guten Überblick über den bearbeiteten Stoff den Zeitverhältnissen der Nachkriegszeit entsprechend, kann natürlich den Berichten der Vorkriegszeit nicht gleichkommen, das wird für die Zukunft erstrebt werden.

Die Ausbildung von Krankenschwestern in laufender Desinfektion am Krankenbett nimmt erfreulicherweise zu. Die Einschleppung übertragbarer Krankheiten, besonders von Fleckfieber, Pocken, Typhus und Paratyphus durch Sachsengänger hat trotz aller Schutzmaßnahmen besonders durch Russen häufig stattgefunden; es sei auf die betreffenden Abschnitte verwiesen. Aus dem Abschnitt Diphtherie kann ich eine Einzelheit nicht übergehen: In einer Ortschaft des Kreises Stendal steckte eine Krankenschwester, welche Diphtheriekranke gepflegt hatte und darauf Wochenpflege übernahm, neugeborene Zwillinge am Nabel und die Mutter an der Scheide an; alle drei starben.

Daß die Geschlechtskrankheiten auch nach dem Kriege zugenommen haben, ist selbstverständlich; auf Befehl der französischen Besatzungsbehörden mußten 19 Bordelle von den deutschen Behörden (Zeitungsbericht) eröffnet werden, ganz französischer Sitte gemäß. Die Prostitution nahm dort wie im Osten zu.

Die Influenza scheint gegen das Jahr 1918 erheblich abgenommen zu haben. Die Wohnungen, namentlich für Arbeiter, ließen oft zu wünschen übrig, fehlten für die wohlhabenden Klassen in den Städten oft ganz, wie das in der Nachkriegszeit und bei dem Mangel an Baulust erklärlich ist. Unter den Nahrungsmitteln gab die Milch häufig zu Klagen Veranlassung. M. Pistor.

F. D'Herelle. Der Bakteriophage und seine Bedeutung für die Immunität. Übersetzt von Pfreimbter, Sell und Pistorius. 214 S., Oktav. Braunschweig, Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges., 1922.

Die Übersetzung der gesammelten Arbeiten D'Herelles durch Pfreimbter und seine Mitarbeiter ist eine dankenswerte Arbeit. Allen, die sich mit dem Problem beschäftigen, ist damit eine wesentliche Hilfe geleistet. Die Literaturzusammenstellung am Schluß des Buches erleichtert die Übersicht über alles bisher Geleistete.
Reichert (Jena).

A. Elster. Das Konto des Alkohols in der deutschen Volkswirtschaft. 64 S. Hamburg, Neuland Verlag, 1922.

Dieses Heftchen ist die zweite Auflage einer schon 1919 unter dem gleichen Titel erschienenen Schrift. Sie stimmt im wesentlichen mit der ersten Auflage überein. Das Kapitel über den Alkohol im fiskalischen und Gemeindefinanzhaushalt ist weggefallen, den neuesten Verhältnissen ist Rechnung getragen.

Die Schrift wird vom Verf. selbst als ein statistischer Versuch bezeichnet, die Alkoholschäden rechnerisch zu erfassen. Alkoholerzeugung und Alkoholverbrauch werden eingehend beleuchtet. Auf Grund reicher Literaturkenntnisse ist es dem Autor gelungen, alles Wesentliche hervorzuheben und, soweit das in dem kleinen Rahmen der Schrift überhaupt möglich ist, ein gutes Bild der Bedeutung von Alkoholerzeugung und Verbrauch in der Volkswirtschaft zu geben.

Was insbesondere die Zahlenergebnisse anbetrifft, die überall auf Vorkriegsangaben beruhen, so ist ihnen exakte wissenschaftliche Bedeutung nicht beizulegen. Die Verhältnisse lassen sich teilweise nicht erfassen, oder es fehlen doch bisher die geeigneten statistischen Grundlagen. „Exakte Tatsachenmessung" ist aber auch nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Sinn der Schrift, sondern „die Zusammenstellung und Beurteilung der wirtschaftlichen Tatsachen durch die Aufstellung eines rechnerischen Alkoholkontos und die Erlangung einer Endsumme zu illustrieren und zu bewerten." Dieses Ziel hat die Arbeit voll erreicht.

Leider sind, wie schon in der ersten Auflage, einige Versehen mit untergelaufen.

H. Abel.

Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/18. Herausgegeben von Otto v. Schjerning (†). Bd. 7, Hygiene. Herausgegeben von Prof. Dr. Wilhelm Hoffmann. 618 S., 184 Abbild., 3 Tafeln. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1922. Geh. nach Angabe des Verlages 400 M., tatsächlicher Ladenpreis 1000 M.

Ein stattlicher Band, der die Erfahrungen des Krieges für die hygienische Wissenschaft wiedergibt. Einem allgemeinen Teile über die Hygiene des Mannschaftsersatzes und der militärischen Unterkünfte schließt sich ein besonderer Teil der Ernährung, Hygiene der Gefangenenlager, Seuchenverhütung, Sanierungsanstalten an, und von Krankheiten sind die für militärische Verhältnisse wichtigen Infektionskrankheiten Typhus, Paratyphus, Bazillenruhr, Cholera, Fleckfieber, Weilsche Krankheit, Malaria, Gasödem, Grippe und die Geschlechtskrankheiten berücksichtigt. Eine Fülle von Beobachtungen ist hier von berufenen Autoren (es sei nur das Kapitel Weilsche Krankheit von Uhlenhuth und Fromme erwähnt) niedergelegt, deren Studium nicht nur den Militärärzten dringend empfohlen werden kann, da in epidemiologischer wie auch therapeutischer Hinsicht im Kriege viele neue Feststellungen gemacht sind.

Hage (Jena).

A. Beythien. Volksernährung und Ersatzmittel. 562 S. Leipzig, Tauchnitz, 1922. Geh. 500 M.

Ein Buch, das uns bisher gefehlt hat!

Der Verf., Direktor des Chemischen Untersuchungsamtes der Stadt Dresden, hat sich der Mühe unterzogen, die Ernährungsverhältnisse in der Kriegszeit zusammenfassend darzustellen, wobei ihm besonders am Herzen lag, zu prüfen, was aus den damals so zahlreich aufgetauchten Vorschlägen zur Schaffung neuer Nahrungsmittel sich als dauernd brauchbarer Gewinn ergeben hat. Er wendet sich mit seinen Ausführungen an weite Kreise, legt daher zunächst die Grundzüge der Ernährungslehre dar und weist nach, daß wir keinen Anlaß haben, trotz aller während der Not des Krieges aufgestellten Behauptungen, etwas Wesentliches an den Lehrsätzen der wissenschaftlichen Ernährungslehre zu ändern. Dann kritisiert er anschaulich und humorvoll die zahllosen Fehler unserer amtlichen Ernährungswirtschaft im Kriege. Und schließlich bespricht er sehr eingehend und mit Heranziehung vieler Beispiele die Versuche, neue Stoffe für die menschliche Ernährung zu finden und Ersatzmittel für die altbewährten Nahrungsmittel einzuführen. Er kommt zu dem Ergebnis, daß, ganz abgesehen von den zahllosen Schwindelwaren an Ersatzlebensmitteln, auch die meisten wissenschaftlich und praktisch empfohlenen Versuche zur Heranziehung und Herstellung neuer Nahrungsmittel keine dauernde Lebenskraft haben gewinnen können. Nur einige wenige große Erfindungen bleiben übrig, wie die Methoden der Stickstoffgewinnung für Düngezwecke von Frank-Caro und Haber-Bosch, die Alkoholherstellung aus Kalziumkarbid und Sulfitlauge, die Härtung der Öle zu festen Fetten und vielleicht noch das eine oder andere neu eingeführte Nahrungsmittel.

V. Ludwig.

Konrad Biesalski. Leitfaden der Krüppelfürsorge. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage mit 100 Abbild. und 2 Tabellen. Leipzig, Leop. Voß, 1922. 45 M.

Ein durch gut wiedergegebene Bilder reich ausgestattetes und durch den erläuternden Text, der alle Zweige der Krüppelfürsorge beleuchtet, wertvolles Büchlein, das allen, die einen genaueren Einblick in das Krüppelfürsorgewesen haben wollen, warm empfohlen werden kann.

Lehmann (Jena).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges. in Braunschweig.

Die Hygiene des Wassers

Von

Prof. Dr. **A. Gärtner**

Gesundheitliche Bewertung, Verbesserung und Untersuchung der Wässer.
Ein Handbuch für Ingenieure, Wasserwerksleiter, Chemiker,
Bakteriologen, Medizinalbeamte

Mit 93 Abbildungen und 11 Tafeln. XXII, 952 S. gr. 8°
M 24,—

Massenerkrankungen
durch Nahrungs- und Genußmittelvergiftungen

Von

Prof. Dr. **Georg Mayer**

Mit 6 eingedruckten Abbildungen. 66 S. gr. 8°. *M* 2,—

Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges., Braunschweig

Prof. Dr. **C. Dorno,** Davos

Studie über Licht und Luft des Hochgebirges

Mit 78 Tabellen sowie 11 Abbild. im Text und 19 im Anhang. VIII, 153 S. gr. 4°. 1911. Kart. *M* 18,—.

Physik der Sonnen- und Himmelsstrahlung

Mit 16 Abbildungen im Text und auf Tafeln. VIII, 126 Seiten. 8°. 1919
Geheftet *M* 5,—, gebunden *M* 6,50.

(Die Wissenschaft, Bd. 63)

Klimatologie im Dienste der Medizin

Mit 11 Abbildungen. IV, 74 Seiten. 8°. 1920. Preis *M* 3,—.

(Sammlung Vieweg, Heft 50)

Sämtliche Preise sind Grundzahlen, die, multipliziert m. der allgemein geltenden Buchhandlungs-Schlüsselzahl, den Verkaufspreis des Buches ergeben

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges. in Braunschweig.

Das Wasser

Vorkommen in der Natur.
Chemische Beschaffenheit und Untersuchungsmethoden in physikalischer, chemischer, bakteriologischer und biologischer Hinsicht.
Verwendung für gewerbl. Betriebe. Wasserversorgung und Entwässerung von Städten. Selbstreinigung der Gewässer.
Abwässer und ihre Reinigung. Mineralwässer

In Verbindung mit

G. Anklam, P. Borinski, A. Luerssen, B. Proskauer, A. Reich, G. Schikorra, C. Weigelt

herausgegeben von

Dr. H. BUNTE

Geheimer Rat, Professor an der Technischen Hochschule Karlsruhe

Mit 450 Abbildungen. VI, 1274 Seiten. kl. 4°. 1918. Preis geb. ℳ 45,50.

(Zugleich als XI. Band von Muspratts enzyklopäd. Handbuch der Techn. Chemie erschienen.)

Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn Akt.-Ges. in Braunschweig.

Ad. Stöckhardt's

Schule der Chemie

oder

erster Unterricht in der Chemie, versinnlicht durch einfache Versuche

Zum Schulgebrauch und zur Selbstbelehrung, insbesondere für angehende Apotheker, Landwirte, Gewerbetreibende usw.

Zweiundzwanzigste Auflage

Bearbeitet von

Prof. Dr. **Lassar-Cohn**

Königsberg i. Pr.

Mit 200 Abbildungen und einer farbigen Spektraltafel. XXVI, 533 Seiten. gr. 8°. 1920.
Mk. 10,50, gebunden Mk. 13,—

Die

Schule der Chemie

Erste Einführung in die Chemie für Jedermann

Von

Wilhelm Ostwald

o. Prof. an der Universität Leipzig

Vierte verbesserte Auflage
(16.—20. Tausend)

Mit 74 Abbild., XII, 450 Seiten. gr. 8°. 1919

Gebunden Mk. 7,50

Sämtliche Preise sind Grundzahlen, die, multipliziert m. der allgemein geltenden Buchhandlungs-Schlüsselzahl, den Verkaufspreis des Buches ergeben

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

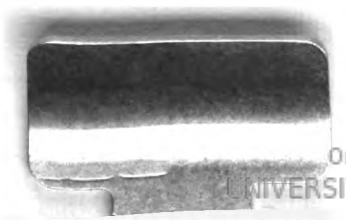
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

UNIV. OF MICH.
JUL 17 1924
BOUND



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated for William A. Theiss (Princeton University) on 2019-09-30 06:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015070589943
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google